

**Ärztliche Bescheinigung zur Beantragung der Härtefallregelung in Bezug auf
Langzeitstudiengebühren wegen einer Erkrankung/
Medical Certificate to apply for exemption from long-term tuition fees**

Anschrift des Patienten/Address of the patient

Name/

Family Name: _____

Vorname/

First Name: _____

Straße/Street:

PLZ ; Ort/

Postcode; City: _____

Matrikelnummer/

Matriculation Number: _____

Ich bestätige, dass die Krankheit des o. g. Patienten Studienzeit verlängernde Auswirkungen hatte im Zeitraum/ I confirm, that the illness caused an extension of the study duration for the above mentioned patient

von/from _____ **bis/to** _____

für ca./approximately for

½ Semester (**drei Monate**/three months),

1 Semester (**sechs Monate**/six months).

Datum/Date:

Unterschrift/Signature

Arztstempel/Stamp