

**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 causes 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**