

**Ärztliche Bescheinigung zur krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit**  
***Certificate of incapacity for an examination***

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

ist wegen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht prüfungsfähig /  
*is unable to take an examination on health grounds*

von/from (am/on) \_\_\_\_\_ bis/until \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift des Arztes)

\_\_\_\_\_  
(Stempel der Arztpraxis)

Vom Studierenden auszufüllen/*To be filled by the student:*

Matrikelnummer: \_\_\_\_\_



Mit dem obigen Attest weise ich meine Prüfungsunfähigkeit für folgende Prüfung(en) nach /  
*The above certificate is proof of my incapacity for the following examination(s):*

Modul/Module

Prüfungsdatum/Examination date

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift des Studierenden/*Date, signature of the student*)