An die

Studienabteilung

Innrain 52d, Erdgeschoß

6020 Innsbruck

**Bestätigung der Fachärztin / des Facharztes**

**Angaben zur Patientin / zum Patenten**

     

Familienname, Vorname, Akad. Grad Sozialversicherungsnummer

     

Adresse: Straße, PLZ, Ort Matrikelnummer

E-Mail Telefonnummer

Ich bestätige, dass meine Patientin / mein Patient  durch die bestehende Schwangerschaft

durch die von mir diagnostizierte Erkrankung

durch die Pflege/Betreuung von Frau/Herrn

in der Zeit vom       bis zum       so sehr beeinträchtigt war/ist, dass   
sie/er dadurch am Studium gehindert war/ist/sein wird.

Ort, Datum Unterschrift der Fachärztin / des Facharztes

Stempel