



Vermerk des Studierendensekretariates:
Eingang: _____
_____ .20 / _____
EDV erl.: _____
_____ .20 / _____

## Ärztliche Stellungnahme

Postanschrift

Technische Universität Clausthal  
Studierendensekretariat  
Adolph-Roemer-Straße 2 A  
38678 Clausthal-Zellerfeld

Weitere Abgabemöglichkeiten:

per Fax: 0 53 23 / 72 - 38 97  
per E-Mail: studierendensekretariat@tu-clausthal.de

Angaben zur Person:

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

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

### Erklärung

Der/die Patient:in ist/war  erstmalig /  dauerhaft in meiner Behandlung.

#### ➤ Bei akuten oder anhaltenden Hinderungsgründen

Der/die Patient:in ist für die voraussichtliche Dauer von \_\_\_\_\_  Wochen /  Monaten oder  auf unbestimmte Zeit /  dauerhaft ...

- eingeschränkt studierfähig (d.h. die persönliche Leistungsfähigkeit ist durch die Erkrankung, Therapie und Rekonvaleszenz in der Art eingeschränkt, dass aus ärztlicher Sicht nur geringe oder nur eingeschränkte Studienfortschritte erwartet werden können).
- nicht studierfähig (d.h. die persönliche Leistungsfähigkeit ist durch die Erkrankung, Therapie und Rekonvaleszenz in der Art eingeschränkt, dass aus ärztlicher Sicht keine Studienfortschritte erwartet werden können).

#### ➤ Bei Hinderungsgründen in der Vergangenheit

Der/die Patient:in war für die Dauer von \_\_\_\_\_  Wochen /  Monaten oder  in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ eingeschränkt oder nicht studierfähig.

Die Studierfähigkeit ist zwischenzeitlich wiederhergestellt:  trifft zu /  trifft nicht zu.

Datum, Unterschrift	Arztstempel
---------------------	-------------