

# Ärztliche Stellungnahme

Postanschrift

**Technische Universität Clausthal**  
**Studienzentrum**  
**Studentensekretariat**  
**Postfach 1253**

**38670 Clausthal-Zellerfeld**

Weitere Abgabe- oder Kontaktmöglichkeiten:

per Fax:  
**(+49) 0 53 23 / 72 – 38 97**

per E-Mail:  
**studentensekretariat@tu-clausthal.de**

## ERKLÄRUNG

Nachfolgende Patientin/nachfolgender Patient ist/war [ ] erstmalig / [ ] dauerhaft in meiner Behandlung:

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

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

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

weiblich /  männlich

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

### ***Bei akuten oder anhaltenden Hinderungsgründen (auch Folgeerklärungen!)***

Sie/Er 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***

Sie/Er war für die Dauer von \_\_\_\_\_  Wochen /  Monaten

oder  in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

eingeschränkt studierfähig

nicht studierfähig

Die Studierfähigkeit ist zwischenzeitlich wieder hergestellt.

trifft zu

trifft nicht zu

	Arztstempel:
--	--------------

Datum, Unterschrift

>> Bitte sonstige Anmerkungen auf der Rückseite des Formulars oder als Anlage beifügen! <<