

ÄRZTLICHES ATTEST

NAME (AUFGRUND DES PERSONALAUSWEISES)

VORNAME: _____

NACHNAME: _____

STÄNDIGER WOHNSITZ (IN DEM HEIMATLAND): _____

GEBURTSORT UND GEBURTSDATUM: _____

Der/die oben genannte Patient/in ist zurzeit frei von ansteckenden Krankheiten und ist physisch und psychisch gesund. Gegen das Medizinstudium bestehen ärztlicherseits keine Einwände.

Bemerkungen*:

** Bitte geben Sie an, insofern der/die Patient/in besondere Bedürfnisse bzw. diagnostizierte Lernstörung(en) haben, die sein/ihr Studium beeinflussen können.*

NAME DES ARZTES: _____

ANSCHRIFT DER PRAXIS: _____

DATUM: _____

UNTERSCHRIFT UND STEMPEL DES ARZTES ODER LANR:
