



Universität Trier

Universität Trier • D-54286 Trier

DER PRÄSIDENT

Amt für Ausbildungsförderung
D-54286 Trier, Universitätsring 15
Auskunft erteilt:
Telefon: 0651/201- Zimmer Nr.:
Telefax: 0651/201-3853 E-Mail: @uni-trier.de
Sprechstunden: mittwochs, donnerstags 9:00 - 12:30 Uhr

Bitte keine Anrufe während der Sprechstundenzeiten!

Förderungs-Nr.:

7. August 2015

Betr.: Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetzes (BAföG)

hier: Bescheinigung über Erkrankung/en

Sehr geehrte/r Antragsteller/in,

zur Begründung Ihres Förderungsantrages hatten Sie sich auf eine Erkrankung gestützt. Um diese Erkrankung bei unserer Entscheidung berücksichtigen zu können, benötigen wir eine Bescheinigung des behandelnden Arztes/Therapeuten/Krankenhauses, aus der folgendes ersichtlich ist:

1. Dauer der Erkrankung
Sofern die Dauer der Erkrankung aus besonderen Gründen (z. B. weil Sie nicht während der gesamten Erkrankungszeit in der Behandlung des bescheinigenden Arztes standen) nicht bestätigt werden kann, sollte zumindest die Dauer der Behandlung bestätigt werden;
2. Gegebenenfalls Dauer des Krankenhausaufenthalts;
3. Grad der Beeinträchtigung der Studierfähigkeit
Wünschenswert ist eine ungefähre prozentuale Angabe der Beeinträchtigung. Sofern dies nicht möglich ist, reicht die Angabe: „geringfügige Beeinträchtigung“ bzw. „schwerwiegende Beeinträchtigung“ bzw. „Studierunfähigkeit“.

Die Bescheinigung ist für uns nur dann verwertbar, wenn sie Angaben zu allen o. g. Fragen enthält. Sonstige Informationen – insbesondere solche über Art der Erkrankung, Therapieform etc. – sollten im Interesse des Datenschutzes nur dann gegeben werden, wenn sie zum Verständnis des Sachzusammenhangs unentbehrlich sind. Bitte legen Sie dieses Anschreiben dem behandelnden Arzt/Therapeuten/Krankenhaus zur Information vor. Zur Ausstellung der Bescheinigung kann der Einfachheit halber der umseitige Vordruck verwendet werden.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

bitte wenden

BESCHEINIGUNG

zur Vorlage beim Amt für Ausbildungsförderung

Herrn/Frau

wird folgende Erkrankung bescheinigt:

	1.	2.	3.
1. Beginn der Krankheit (Datum)
Ende der Krankheit (Datum)
2. Beginn der Behandlung (Datum)
Ende der Behandlung (Datum)
3. Umfang der Beeinträchtigung der Studierfähigkeit

4. Sonstiges:

.....

.....

.....

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des behandelnden Arz-
tes/Therapeuten/Krankenhauses