UNIVERSITÄT TRIER

Universität Trier, BAföG Amt
Universitätsring 15, 54296 Trier

Amt für Ausbildungsförderung der Hochschulen in Trier

Universität Trier
Universitätsring 15, 54296 Trier
Gebäude: V
Telefon: 0651/201-
Telefax: 0651/201-3853
bafoeg@uni-trier.de
www.uni-trier.de

Förderungsnummer:
412-

21. Februar 2025

Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetzes (BAföG)
hier: Bescheinigung über Erkrankung/en

Sehr geehrte/r Herr/Frau

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. Gegebenenfalls die Dauer des Krankenhausaufenthalts;

2. **Grad der Beeinträchtigung der Studierfähigkeit in Prozent**
   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 dann verwertbar, wenn sie Angaben zu allen o.g. Fragen enthält. Sonstige Informationen – insbesondere solche über Art Erkrankung, Therapieform etc. – sollten im Interesse des Datenschutzes nur dann angegeben 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 des umseitigen Vordruckes verwendet werden.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Bescheinigung

Zur Vorlage beim Amt für Ausbildungsförderung

Herr/ Frau _____

Wird folgendes 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 **in Prozent**			

4. Sonstiges

_____
_____
_____
_____

_____ _____

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des behandelnden Arztes/Therapeuten/Krankenhaus