



Fachärztliche Bestätigung zum Antrag auf Beurlaubung

Angaben zu der von mir behandelten Person

Nachname:	Matrikelnummer:
Vorname:	Geburtsdatum:

Grund für die Verhinderung von der Ausübung des Studiums (Diagnose nicht erforderlich)

Die von mir behandelte Person ist aus folgendem Grund von der Ausübung des Studiums verhindert:	Krankheit/Verletzung	Schwangerschaft
---	----------------------	-----------------

Zeitraum der Verhinderung von der Ausübung des Studiums

Wintersemester 20	von (TT.MM.JJJJ)	bis (TT.MM.JJJJ)
Sommersemester 20	von (TT.MM.JJJJ)	bis (TT.MM.JJJJ)

Fachärztliche Unterschrift

Hiermit bestätige ich, dass die oben genannte, von mir behandelte Person in der Ausübung des Studiums im angeführten Zeitraum verhindert ist bzw. sein wird.

Stempel:	Unterschrift:
Datum:	Nachname, Vorname:



Hinweis für den*die Studierende*n: Stellen Sie den Antrag auf Beurlaubung vom Studium über das Online-Formular im [Servicedesk der Universität Wien](#). Fügen Sie dieses ausgefüllte und fachärztlich bestätigte Formular als Nachweis für die Erfüllung des Beurlaubungsgrunds als Anhang im Antrag hinzu.