|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 🞏Humanmedizin | 🞏Zahnmedizin | 🞏Pharmazie | 🞏Gesundheitswissenschaften | 🞏 Öffentliche Gesundheitsdienste | 🞏Pető A. Fakultät |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NAME: | GEBURTSORT: | GEBURTSDATUM: |
| NAME DER MUTTER: | WOHNSITZ: | TELEFONNUMMER: |
| BEI UNFALL ZU VERSTÄNDIGEN: | | E-MAIL: |

Als Hausarzt / Hausärztin des oben genannten Patienten / der oben genannten Patientin erkläre ich hiermit, dass mein Patient / meine Patientin (Zutreffendes bitte unterstreichen):

- bei mir nicht wegen einer chronischen infektiösen oder nicht übertragbaren Krankheit in Behandlung ist oder war.

- Er/sie war wegen der folgenden chronischen Krankheit bei mir in Behandlung (ICD-Code angeben):

Sein/ihr Gesundheitszustand hindert ihn/sie nicht daran, ein Studium in Gesundheitswissenschaften zu absolvieren.

Datum

Unterschrift, Stempel