

An das
Rektorat der Wirtschaftsuniversität Wien
im Wege der Studienzulassung



BESTÄTIGUNG DER FACHÄRZTIN/DES FACHARZTES CONFIRMATION OF THE MEDICAL SPECIALIST

Matrikelnummer / Student ID number:	
Familien- und Vorname / First and last name:	
Telefonnummer / Phone:	E-Mail:

Ich bestätige, dass meine Patientin / mein Patient – I confirm that my patient

- durch die bestehende Schwangerschaft / because of the pregnancy
- durch die diagnostizierte Erkrankung / because of the diagnosed disease

in der Zeit von / from _____ bis / to _____

so sehr beeinträchtigt war / ist, dass sie / er dadurch am Studium gehindert
war / ist / sein wird.

was / is so much affected that he / she was / is / will be hindered from
studying.

Datum / Date

Unterschrift / Signature

Stempel / Stamp