

# ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG (*MEDICAL CERTIFICATE*)

zur Vorlage bei der Hochschule Trier, Umwelt-Campus Birkenfeld

*(only to be presented to the Trier University of Applied Sciences, Environmental Campus Birkenfeld)*

---

Frau/Herr (Name, Vorname): \_\_\_\_\_  
*(Ms./ Mr. (last name, first name))*

geboren am: \_\_\_\_\_  
*(born on)*

Matrikel-Nr.: \_\_\_\_\_  
*(Enrollment No.)*

Studiengang: \_\_\_\_\_  
*(Degree program)*

Eingangsstempel Hochschule  
*(Receipt stamp University of Applied Sciences)*

Prüfung: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
*(Exam) (Date)*

Prüfung: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
*(Exam) (Date)*

Prüfung: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
*(Exam) (Date)*

Aus ärztlicher Sicht ist die/der oben Genannte aufgrund einer Erkrankung am \_\_\_\_\_  
*(From a medical point of view, the above-mentioned patient is not able to attend an examination because of illness on \_\_)*

bzw. in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
*(or in the period from \_\_ to \_\_.)*

nicht in der Lage, an Prüfungen teilzunehmen.

Stempel der Ärztin/des Arztes  
*(Doctor's stamp)*

Datum, Unterschrift der Ärztin/des Arztes  
*(Date, doctor's signature)*

Wir weisen darauf hin, dass diese Bescheinigung spätestens am dritten Tag nach dem betreffenden Prüfungstag dem Prüfungsamt vorliegen muss. Empfehlung: Einreichung vorab per Mail.  
*(Please note that this certificate has to be submitted to the examination office at the latest by the third day after the respective examination date. Recommendation: Submission in advance by e-mail.)*

Dieses Dokument beinhaltet die Übersetzung des amtlichen deutschen Textes für ausländische Studierende.  
*(For the benefit of our international students this document includes the translation of the official German text in brackets.)*