

Antrag für ein amtsärztliches Attest

a) nach § 14 (2) Niedersächsisches Hochschulgesetz über **studienzeitverlängernde**

Auswirkungen einer Erkrankung / Behinderung

☐ Ja

☐ Nein

oder

b) nach § 18 der **Zwischenprüfungsordnung** der Georg-August-Universität Göttingen

☐ Ja

☐ Nein

Name / Vorname:

Geb.-Dat.:

Anschrift:

.....
.....

Tel.-Nr.:

Für welche Semester machen Sie eine krankheitsbedingte Einschränkung der Studierfähigkeit geltend? (genaue Zeitangabe erforderlich, z.B. SS 2022 oder WS 2021/22):

.....
.....
.....

Bitte geben Sie Art und Zeitdauer der die Studienzeit verlängernden Erkrankungen an:

.....

.....

.....

Bitte geben Sie behandelnde Ärztinnen/Ärzte, Therapeutinnen/Therapeuten und vorliegende Befundberichte an:

.....

.....

.....

.....

.....

Göttingen, den

Unterschrift