



LUDWIG-  
MAXIMILIANS-  
UNIVERSITÄT  
MÜNCHEN

JURISTISCHE FAKULTÄT  
STUDIENDEKANIN



## Schweigepflichtentbindungserklärung

Name des/der Studierenden: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Matrikelnummer: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Belegter Studiengang: \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich Herrn/ Frau (Name des/der behandelnden Arztes/ Ärztin) \_\_\_\_\_ von seiner/ ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Studiendekanin und deren mit der Antragsbearbeitung betrauten wissenschaftlichen Mitarbeitern. Die Schweigepflichtentbindungserklärung gilt hinsichtlich aller im Zusammenhang mit der Erteilung eines Nachteilsausgleichs gem. § 16 StudPrüfO anfallenden Fragen.

München, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Antragsteller