



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

JURISTISCHE FAKULTÄT
STUDIENDEKAN



Schweigepflichtentbindungserklärung

Name des/der Studierenden: _____

Anschrift: _____

Matrikelnummer: _____ Geburtsdatum: _____

Hiermit entbinde ich Herrn/ Frau (Name des/der behandelnden Arztes/ Ärztin) _____ von seiner/ ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Studiendekan und dessen 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