

An den Masterprüfungsausschuss / To the Board of Examiners  
Fakultät VI – Medizin und Gesundheitswissenschaften/ Faculty of Medicine and Health  
Science  
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg / University of Oldenburg  
D-26111 Oldenburg

**Antrag auf Genehmigung, als Gutachter/in zu fungieren / Approval to act as examiner**

Ich bitte um Genehmigung, als  Erst- /  Zweit- (zutreffendes bitte ankreuzen) Gutachter/in bei  
folgender Masterarbeit fungieren zu dürfen: /  
I ask for permission to act as  first /  second (please mark as appropriate) examiner for the  
following Master's thesis:

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

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's thesis:

Ich arbeite in folgender Arbeitsgruppe: / I work in the following lab: \_\_\_\_\_

als / as  Doktorand/in / PhD student  Post-Doc  WiMi / research staff

Für Doktorand\*innen / WiMIs ohne Doktoratsabschluss, die an der Fakultät für Medizin und  
Gesundheitswissenschaften der Universität Oldenburg außerhalb des Departments für Psychologie  
tätig sind: Erläutern Sie, wie Sie mit den Regelungen für Masterarbeiten im Department für  
Psychologie vertraut sind. / For PhD students / WiMIs without a doctoral degree who work at the  
School of Medicine and Health Sciences, University of Oldenburg outside the Department of  
Psychology: Explain how you are familiar with the regulations of Master's theses in the Department  
of Psychology.

Datum / Date

Name und Unterschrift / Name and signature

Die Genehmigung wird erteilt. The approval is granted.

Datum / Date

Unterschrift Vorsitzender des Prüfungsausschusses /  
signature chair of examination committee