

Rücktritt wegen Prüfungsunfähigkeit zur Vorlage beim zuständigen Prüfungsausschuss

einzureichen bei Ihrem zuständigen Studienbüro

Von der / dem Studierenden auszufüllen:

Name, Vorname: _____ Matrikel-Nr.: _____

Studiengang: _____

Bezeichnung der Prüfung: _____

Prüfungstermin (Datum und Uhrzeit): _____ Prüfer/in: _____

Ich bin zur Prüfung angetreten: Ja Nein

Ich bin erkrankt am: _____

Hiermit erkläre ich wegen krankheitsbedingter Prüfungsunfähigkeit den Rücktritt von der oben angegebenen Prüfung.

Datum, Unterschrift der/des Studierenden

Hinweis für Studierende:

Das ärztliche Attest ist unverzüglich einzuholen, das heißt in der Regel spätestens am Tag der Prüfung. Das ärztliche Attest muss spätestens am dritten Werktag nach dem jeweiligen Prüfungstermin dem zuständigen Studienbüro zur Vorlage an den zuständigen Prüfungsausschuss vorliegen. Unabhängig hiervon muss der Rücktritt von der Prüfung zum frühestmöglichen Zeitpunkt, in der Regel bis zu Beginn der Prüfung oder bei Erkennbarkeit der Erkrankung ausdrücklich über das zuständige Studienbüro gegenüber dem zuständigen Prüfungsausschuss erklärt werden.

Von der Ärztin / dem Arzt auszufüllen:

Erläuterungen für die Ärztin / den Arzt:

Wenn ein/e Student/in aus gesundheitlichen Gründen nicht an einer Prüfung teilnimmt, diese abbricht oder nach Beendigung zurücktritt, hat er/sie dem zuständigen Prüfungsausschuss die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt die/der Student/in ein ärztliches Attest, das die **Prüfungsunfähigkeit durch eine akute, vorübergehende, nicht dauerhafte und erhebliche Beeinträchtigung der individuellen Leistungsfähigkeit** bescheinigt. Hierbei ist die Prüfungsunfähigkeit nicht gleichzusetzen mit einer Arbeitsunfähigkeit. Bitte ergänzen Sie die folgenden Punkte.

Hinweis: Das Attest kann auch formlos erstellt werden, soweit es die nachfolgenden Angaben enthält.

1. Untersuchung / Befunderhebung erfolgte am (Datum und Uhrzeit): _____

2. Zum Zeitpunkt der o. g. Prüfung war Frau/Herr _____ prüfungsunfähig:

Ja Nein

3. Voraussichtliche Dauer der Prüfungsunfähigkeit bis einschließlich: _____

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes

Vermerk des Prüfungsausschusses:

Datum, Unterschrift Prüfungsausschuss

○ Gebucht: _____