

Rücktritt wegen krankheitsbedingter Prüfungsunfähigkeit zur Vorlage beim zuständigen Prüfungsausschuss

Von der oder 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:

Die ärztliche Bescheinigung ist unverzüglich einzuholen, das heißt in der Regel spätestens am Tag der Prüfung. Die ärztliche Bescheinigung muss spätestens am dritten Werktag nach dem jeweiligen Prüfungstermin dem zuständigen Prüfungsamt 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 Prüfungsamt gegenüber dem zuständigen Prüfungsausschuss erklärt werden.

Von der Ärztin oder dem Arzt auszufüllen:

Erläuterungen für die Ärztin bzw. den Arzt:

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

Hinweis: Die Bescheinigung 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 oder Herr _____

☐ prüfungsfähig.

☐ prüfungsunfähig.

3. Bei Prüfungsunfähigkeit: Voraussichtliche Dauer bis einschließlich

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin oder des Arztes

Vermerk des Prüfungsausschusses:

☐ bewilligt:

Datum, Unterschrift Prüfungsausschuss