



Rücktritt wegen Prüfungsunfähigkeit zur Vorlage beim zuständigen Prüfungsausschuss

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/dem Studierenden auszufüllen:

_____ _____
Matrikelnummer WiSe SoSe Jahr/e Semester

Name, Vorname

_____ _____
Studiengang Bezeichnung der Prüfung

_____ _____
Prüfungstermin: Datum Uhrzeit

Prüfer_in

Ich bin zur Prüfung angetreten: _____
Ja Nein Erkrankt am: Datum

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

Datum, Unterschrift Studierende_r

Erläuterungen für die Ärztin/den Arzt:

Wenn eine_ein Studierende_r aus gesundheitlichen Gründen nicht an einer Prüfung teilnimmt, diese abbricht oder nach Beendigung zurücktritt, hat diese_r dem zuständigen Prüfungsausschuss die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt die_der Studierende 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.

Von der Ärztin/dem Arzt auszufüllen:

Untersuchung/Befunderhebung erfolgte am:

_____ _____
Datum Uhrzeit

Zum Zeitpunkt der o. g. Prüfung war Frau_Herr: prüfungsunfähig:

Name der_des Erkrankten Ja Nein

Voraussichtliche Dauer der Prüfungsunfähigkeit bis einschließlich:

_____ _____
Datum

Datum, Unterschrift und Stempel Ärztin_Arzt

Vermerk des Prüfungsausschusses:

Gebucht

Datum, Unterschrift Prüfungsausschusses