

Eingangsstempel

ärztliche Bescheinigung
zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit
Medical Certificate
to determine the inability to take the examination



ERLÄUTERUNG:
Die Beantwortung der Rechtsfrage, ob eine gesundheitliche Beeinträchtigung den Abbruch einer Prüfung oder den Rücktritt von der Prüfung rechtfertigen kann, ist in eigener Verantwortung von der Prüfungsbehörde (Prüfungsamt/Prüfungsausschuss) zu entscheiden. Durch eine ärztliche Bescheinigung ist nachzuweisen, dass der Abbruch bzw. der Rücktritt von Prüfungen aufgrund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung, die die Leistungsfähigkeit des Studierenden erheblich vermindert, gerechtfertigt ist. Studierende sind auf Grund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offenzulegen. Dies bedeutet nicht, dass der Arzt die Diagnose als solche bekannt geben muss, sondern eben nur die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Beeinträchtigungen in einer Prüfung.

1. Angaben zur untersuchten Person:

Nachname:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße / Hausnummer:	
PLZ und Wohnort:	

2. Erklärung des Arztes:
Meine heutige Untersuchung zur Frage der Prüfungsunfähigkeit bei o.g. Person hat aus ärztlicher Sicht Folgendes ergeben:

Krankheitssymptome / Art der Leistungsminderung:

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor (Schwankungen in der Tagesform, Examensangst, Prüfungsstress u. ä. sind keine erheblichen Beeinträchtigungen).

Die Gesundheitsstörung ist (bitte ankreuzen):	<input type="radio"/> dauerhaft, d.h. auf nicht absehbare Zeit <input type="radio"/> vorübergehend
Dauer der Krankheit	von: _____ bis einschließlich: _____

Datum/Unterschrift: _____

Praxisstempel: _____

Nur für das Prüfungsamt:

Die Prüfungsunfähigkeit wird hiermit festgestellt nicht festgestellt

Datum/Prüfungsamt _____/_____

Antrag auf Rücktritt von Prüfungen/ Request for withdrawal from examinations

Vom Studierenden auszufüllen/to be completed by the student:		
Nachname/ Last Name		
Vorname/ First Name		
Matrikelnummer/ student ID number		
Studiengang/ degree programme		
<p>Ich beantrage den Rücktritt von den nachfolgend aufgeführten Prüfungen wegen Krankheit: I request withdrawal from the examinations listed below due to illness:</p>		
Prüfungsnummer/ exam number	Titel der Prüfung/ subject (course title)	Prüfungsdatum/ date of exam (dd.mm.yyyy)
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<p style="color: red;">Ich bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben. Eine ärztliche Bescheinigung zu den oben genannten Zeiten habe ich beigelegt./ I confirm the correctness of the information provided. I have enclosed a medical certificate for the above-mentioned periods.</p>		
Datum/date: (dd/mm/yy)	Unterschrift/Signature:	