



**Lebenswissenschaftliche Fakultät  
Prüfungsrücktritt aus Krankheitsgründen<sup>1</sup>**

<b>Name</b>	
<b>Vorname</b>	
<b>Matrikelnummer</b>	
<b>E-Mail</b> (HU-Account)	
<b>Abschluss</b> (B.Sc., M.Sc./M.A., M.Ed.)	
<b>Titel des Studiengangs</b>	
<b>Ggf. Kernfach / Zweitfach</b>	

Hiermit erkläre ich aus Krankheitsgründen den **unwiderruflichen Rücktritt** von folgenden Prüfungen<sup>2</sup>:

Prüfung 1 (Modultitel, Prüfungsnummer, Datum)
Prüfung 2 (Modultitel, Prüfungsnummer, Datum)
Prüfung 3 (Modultitel, Prüfungsnummer, Datum)

Datum, Unterschrift Studierende

**Ärztliche Untersuchung:** spätestens am nächsten Werktag nach der Prüfung

**Eingang im Prüfungsbüro (Original):** innerhalb von 3 Werktagen ab dem Prüfungstag. Einwurf in den Briefkasten Ihres Prüfungsbüros oder Postversand (Zur Fristwahrung gilt hier das Versanddatum.)

**Achtung - keine persönliche Abgabe!**

**Sie erhalten keine Eingangsbestätigung.** Bitte informieren Sie sich selbständig und regelmäßig in AGNES über den Bearbeitungsstatus. Sollte Ihr Attest Anlass zu Fragen geben, setzt sich Ihr Prüfungsbüro unaufgefordert mit Ihnen per E-Mail an Ihren HU-Account in Verbindung.

Bitte beachten Sie, dass eine **Prüfungsunfähigkeit** (NICHT Arbeitsunfähigkeit) **ärztlich bescheinigt** werden muss. Sie können dazu die Vorlage auf Seite 2 dieses Formulars nutzen oder Sie nutzen die eigene Vorlage Ihrer\*s Ärztin\*Arztes.

<sup>1</sup> Möchten Sie die Bearbeitungszeit einer Prüfung (Hausarbeit, Essay, Bericht o.Ä.) oder Ihrer Abschlussarbeit verlängern, benutzen bitte das Formular „Verlängerung Bearbeitungszeit“.

<sup>2</sup> Bei einem Rücktritt von mehr als drei Prüfungen bitte ein neues Formular benutzen.



## **Bescheinigung zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit zur Vorlage im Prüfungsbüro / Prüfungsausschuss**

Wenn Studierende aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheinen oder diese abbrechen, müssen sie ihre Prüfungsunfähigkeit nachweisen. Zu diesem Zweck benötigen sie ein ärztliches Attest.

### **Erklärung Ärztin\*Arzt:**

Meine heutige Untersuchung zur Frage der Prüfungsunfähigkeit der\*des o. g. Patient\*in hat aus ärztlicher Sicht folgendes ergeben:

1. Es liegen prüfungsrelevante Krankheitssymptome vor, die die psychische oder physische Leistungsfähigkeit deutlich einschränken (z. B. Fieber, Bettlägerigkeit etc.).
2. Es handelt sich nicht um Schwankungen in der Tagesform, Prüfungsstress oder Ähnliches (dies sind im Sinne der Prüfungsfähigkeit keine erheblichen Beeinträchtigungen).

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens gemäß Punkt 1 vor.

Ich bestätige ausdrücklich, dass es sich nicht um eine unter Punkt 2 beschriebene Einschränkung handelt.

Die\*der Patient\*in ist (voraussichtlich) vom .....  
bis einschließlich ..... nicht prüfungsfähig.

Ort, Datum, Unterschrift, Stempel Ärztin\*Arzt