

Lebenswissenschaftliche Fakultät

Name

Vorname

Matrikelnummer

E-Mail-Adresse (HU-Account)

Abschluss

Titel des Studiengangs

Bei Kombistudiengängen

Rücktritt aus Krankheitsgründen¹

Hiermit erkläre ich aus Krankheitsgründen den unwiderruflichen Rücktritt von folgenden Prüfungen²:

Prüfung 1 (Modultitel, Prüfungsnummer, Datum)

Prüfung 2 (Modultitel, Prüfungsnummer, Datum)

Prüfung 3 (Modultitel, Prüfungsnummer, Datum)

Datum, Unterschrift Studierende_r

Wenn Sie von einer Prüfung zurücktreten, müssen dem Prüfungsausschuss die für den Rücktritt geltend gemachten Gründe unverzüglich schriftlich angezeigt und glaubhaft gemacht werden.

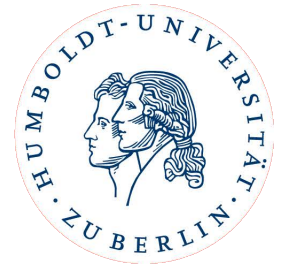
Ärztliche Untersuchung: spätestens am nächsten Werktag nach der Prüfung

Eingang im Prüfungsbüro (Original): innerhalb von 3 Werktagen ab dem Prüfungstag. Einwurf in den Briefkasten Ihres Prüfungsbüros oder Postversand (Datum des Poststempels = hier 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.

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

² 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 des_der 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