

### Antrag auf Prüfungsrücktritt aus gesundheitlichen Gründen

<b>Name</b>	
<b>Vorname</b>	
<b>Matrikelnummer</b>	
<b>E-Mail</b> (HU-Account)	

Hiermit erkläre ich aus Krankheitsgründen den **unwiderruflichen Rücktritt** von folgender Prüfung oder folgenden Prüfungen:

<b>Prüfung 1</b>	
Modultitel	
Prüfungsdatum	
Prüfer oder Prüferin	

<b>Prüfung 2</b>	
Modultitel	
Prüfungsdatum	
Prüfer oder Prüferin	

<b>Prüfung 3</b>	
Modultitel	
Prüfungsdatum	
Prüfer oder Prüferin	

Die ärztliche Untersuchung muss **unverzüglich** erfolgen, i.d.R. spätestens am Tag der Prüfung.

Der Eingang des Antrags auf Prüfungsrücktritt muss spätestens am 3. Werktag nach dem Prüfungstag per Mail oder per Post (Posteingang in der HU) in Ihrem zuständigen Prüfungsbüro eingehen. Sie erhalten keine Eingangsbestätigung. Bitte informieren Sie sich selbständig und regelmäßig in AGNES über den Bearbeitungsstatus Ihres Prüfungsrücktritts. 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 Ihres Arztes oder Ihrer Ärztin.

Mehr Infos finden Sie auf der Internetseite unter den FAQs.

[https://fakultaeten.hu-berlin.de/de/mnf/lehre\\_studium/pruefungsbuero/faq-1/faq](https://fakultaeten.hu-berlin.de/de/mnf/lehre_studium/pruefungsbuero/faq-1/faq)

**Bitte beachten Sie, dass der Antrag am 3. Werktag nach dem Prüfungstermin im Prüfungsbüro als pdf einzureichen ist.**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Studierende: \_\_\_\_\_

Nach- und Vorname

## Bescheinigung zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit

zur Vorlage beim Prüfungsbüro

### Erläuterungen für die Ärzte:

Wenn Studierende aus gesundheitlichen Gründen zu einer Prüfung nicht erscheinen oder die Prüfung abbrechen, haben diese dem zuständigen Prüfungsausschuss die Erkrankung glaubhaft zu machen.

Zu diesem Zweck benötigen die Studierenden ein Attest, das es dem Prüfungsausschuss erlaubt, aufgrund Ihrer Angaben als medizinische Sachverständige oder Sachverständiger die Rechtsfrage zu beantworten, ob eine Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Die Beantwortung der Rechtsfrage, ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung die Nichtteilnahme oder den Abbruch der Prüfung rechtfertigen kann, obliegt alleinig der Verantwortung der zuständigen Prüfungsbehörde.

Da es für diese Beurteilung nicht ausreicht, dass Sie dem Prüfling Prüfungsunfähigkeit/Studierunfähigkeit attestieren, werden Sie um kurze Ausführungen gebeten.

Studierende sind aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offenzulegen.

Dies bedeutet nicht, dass Ärztin oder Arzt die Diagnose als solche bekannt geben muss, sondern eben nur die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Beeinträchtigungen.

Rechtsvorschriften: Säumnis und Rücktritt § 107 Fächerübergreifende Satzung zur Regelung von Zulassung, Studium und Prüfung der Humboldt-Universität zu Berlin (ZSP-HU).

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Erklärung der Ärztin oder des Arztes:

Meine heutige Untersuchung zur Frage der Prüfungsunfähigkeit bei der/dem o.g. Patientin/Patienten hat aus ärztlicher Sicht folgendes ergeben:

Dauer der Beeinträchtigung vom: \_\_\_\_\_ bis einschließlich: \_\_\_\_\_

**Beschreibung der gesundheitlichen Beeinträchtigung/Symptome** (z.B. Hinweis auf bestimmte Schmerzen, fiebrige Infektionen) und **Angabe der sich daraus ergebenden Beeinträchtigung für die Prüfung** oder ein Arztschreiben: \_\_\_\_\_ [bitte gut lesbar ausfüllen!]

### Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Examensangst/Prüfungsangst ist ursächlich für die o.g. Prüfungsbeeinträchtigung/Leistungsminderung  ja  nein

#### Dauer der Gesundheitsstörung:

- Die Gesundheitsstörung ist vorübergehend.
- Die Gesundheitsstörung ist dauerhaft.
- Die Dauer der Gesundheitsstörung ist nicht absehbar.

Datum und Praxisstempel:

Ärztliche Unterschrift: