

**Examination - Withdrawal due to illness**

<b>Surname</b>	
<b>Forename</b>	
<b>Student ID Number</b>	
<b>E-Mail</b> (HU-EmailAddress)	

I hereby declare that, due to illness, I **irrevocably withdraw** from the following examinations:

<b>Examination 1</b>	
Module title	
Exam date	
Examiner	

<b>Examination 2</b>	
Module title	
Exam date	
Examiner	

<b>Examination 3</b>	
Module title	
Exam date	
Examiner	

**Medical check-up:** Must take place immediately, usually on the day of the examination!

The document(s) must be submitted to the Examination Office within 3 working days starting with the examination date. You may send the documents by email or by postal service. **IMPORTANT:** The documents must arrive in the Examination Office on or before the third day after the exam! You will not receive confirmation of receipt. Please check AGNES regularly to see the processing status. Should questions arise regarding your medical certificate, your Examination Office will contact you by sending an email to your HU account.

Please note that the medical certificate must explain that you are **unfit to take an exam** (NOT that you are unfit to work). You may use the form on page two or a separate medical statement.

For more information please see the 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)

**Please note that the application must be submitted to the examination office on the 3rd working day after the examination date!**

Date: \_\_\_\_\_

Signature of the student: \_\_\_\_\_

# 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 gemäß der Prüfungsordnung dem zuständigen Prüfungsausschuss (über das Prüfungsbüro) 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 zu den oben aufgeführten Angaben gebeten. Sie können auch formlos die oben genannten Angaben bestätigen.

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)

## 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 Behinderung für die Prüfung** (z.B. Störung der Konzentrationsfähigkeit od. Schreibfähigkeit) oder ein Arztschreiben:

---

---

---

---

---

---

---

---

## 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:

Name Studierende