

**Prüfungsunfähigkeitsbescheinigung
zur Vorlage beim zuständigen Prüfungsausschuss**

einzureichen bei Ihrem zuständigen Studienbüro

Von der _dem Studierenden auszufüllen:

Name, Vorname: _____ Matrikel-Nr.: _____

Studiengang: _____

Bezeichnung der Prüfung: _____

Prüfungstermin (Datum und Uhrzeit): _____ Prüfer_in: _____

Ich bin zur Prüfung angetreten: Ja Nein

Ich bin erkrankt am: _____

Hiermit erkläre ich wegen krankheitsbedingter Prüfungsunfähigkeit die Abmeldung/das Versäumnis/ den Rücktritt von der oben angegebenen Prüfung.

Datum, Unterschrift der _des Studierenden

Hinweis für Studierende:

Das ärztliche Attest ist unverzüglich einzuholen, das heißt in der Regel spätestens am Tag der Prüfung. Das ärztliche Attest muss spätestens am dritten Werktag nach dem jeweiligen Prüfungstermin dem zuständigen Studienbüro zur Vorlage an den zuständigen Prüfungsausschuss vorliegen. Unabhängig hiervon muss die Abmeldung/das Versäumnis/der Rücktritt wegen Prüfungsunfähigkeit von der Prüfung zum frühestmöglichen Zeitpunkt über das zuständige Studienbüro gegenüber dem zuständigen Prüfungsausschuss erklärt werden.

Von der _dem Ärztin_Arzt auszufüllen:

Erläuterungen für die _den Ärztin_Arzt:

Wenn ein_e Student_in aus gesundheitlichen Gründen nicht an einer Prüfung teilnimmt, diese abbricht oder nach Beendigung zurücktritt, hat sie_er dem zuständigen Prüfungsausschuss die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt die_der Student_in ein ärztliches Attest, das die **Prüfungsunfähigkeit durch eine akute, vorübergehende, nicht dauerhafte und erhebliche Beeinträchtigung der individuellen Leistungsfähigkeit** bescheinigt. Hierbei ist die Prüfungsunfähigkeit nicht gleichzusetzen mit einer Arbeitsunfähigkeit. Bitte ergänzen Sie die folgenden Punkte.

Hinweis: Das Attest kann auch formlos erstellt werden, soweit es die nachfolgenden Angaben enthält.

1. Untersuchung/Befunderhebung erfolgte am (Datum und Uhrzeit): _____

2. Zum Zeitpunkt der o. g. Prüfung war Frau_Herr _____ prüfungsunfähig:

Ja Nein

3. Voraussichtliche Dauer der Prüfungsunfähigkeit bis einschließlich: _____

Ort und Datum Unterschrift und Stempel der _des Ärztin_Arzt

Vermerk des Prüfungsausschusses:

Datum, Unterschrift Prüfungsausschuss

Gebucht: _____