



Antrag auf Rücktritt von einer Prüfung aus gesundheitlichen Gründen

Application for withdrawal from an examination for health reasons

Matrikelnummer

Matriculation number

Nachname, Vorname

Surname, first name

E-Mail-Adresse

E-mail address

@uni-hohenheim.de

Telefonnummer

Phone number

Studiengang

Degree program

Ich beantrage den Rücktritt von folgender/n Prüfung/en *I request withdrawal from the following examination/s*

Modulcode

Module code

Modultitel

Module

Prüfungsdatum

Examination date

Ärztliches Attest (Formular) liegt bei
Medical certificate (form) is enclosed

Datum _____
Date Signature

Bei Nichtantreten einer Prüfung aus gesundheitlichen Gründen kann mit diesem Antragsformular ein Rücktritt innerhalb von 7 Tagen nach dem Prüfungstermin beantragt werden. Dem Antrag ist ein ärztliches Attest beizufügen, das grundsätzlich vor oder am Prüfungstag einzuholen ist. Sollte der Hausarzt keine Sprechstunde haben, müssen Sie sich an einen ärztlichen Notdienst oder eine Notfallambulanz wenden.

Informationen zum Rücktritt aus gesundheitlichen Gründen und zum Rücktritt aus anderen triftigen Gründen finden Sie auf der Internetseite des Prüfungsamtes: <https://pruefungsamt.uni-hohenheim.de>

If you do not show up for an examination which you are registered for due to health reasons, an application for withdrawal must be submitted within a maximum of 7 days following the date of the examination. Your application for withdrawal requires a note by a physician. This must be obtained either prior to, on the same day as the examination. If your doctor is not available, you must get in contact with an emergency medical service or a paramedic.

Further information regarding the withdrawal procedure can be found on the website of the Examinations Office: <https://pruefungsamt.uni-hohenheim.de>



Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit – Ärztliches Attest –

Zur Vorlage beim Prüfungsamt der Universität Hohenheim

Erläuterung für den Arzt/die Ärztin:

Ihre ärztlichen Tatsachenfeststellungen sind Grundlage für die Beurteilung des Prüfungsamtes bzw. des Prüfungsausschusses, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt oder nicht. Die Beantwortung der Rechtsfrage, ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung den Rücktritt von der Prüfung rechtfertigen kann, ist grundsätzlich nicht Aufgabe des Arztes; dies ist vielmehr letztlich und in eigener Verantwortung von der Prüfungsbehörde zu entscheiden.

Angaben zur untersuchten Person:

Nachname	Vorname	Geburtsdatum

Erklärung des Arztes/der Ärztin:

Meine heutige Untersuchung zur Frage der Prüfungsunfähigkeit bei o. g. Patient/Patientin hat aus ärztlicher Sicht Folgendes ergeben:

1. Es liegen prüfungsrelevante Krankheitssymptome vor, die die psychische und/oder physische Leistungsfähigkeit deutlich einschränken, wie z. B. Bettlägerigkeit, Fieber, Schmerzen, Konzentrationsstörungen aufgrund der Einnahme von Medikamenten.
2. Es handelt sich nicht um Schwankungen in der Tagesform, Prüfungsstress, Prüfungsangst und ähnliches. (Dies sind im Sinne der Prüfungsunfähigkeit 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, wie unter Punkt 2 beschriebene, minimale Einschränkungen der Leistungsfähigkeit handelt.

Dauer der Erkrankung vom _____ bis _____

*Bitte geben Sie hier an, bis wann mit einer voraussichtlichen Genesung zu rechnen ist.
Im Falle einer Dauererkrankung muss ein gesondertes formloses Attest vorgelegt werden.*

Datum

Praxisstempel, Unterschrift