

Erklärung des/der Studierenden

über die Nichtteilnahme an Prüfungen aufgrund von Prüfungsunfähigkeit

(zur Vorlage beim Immatrikulations- und Prüfungsamt)

Nachname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Matrikelnummer: _____

Studiengang: _____

Ich kann/konnte an folgenden Prüfungen nicht teilnehmen:

Datum der Prüfung*	Bezeichnung der Prüfung (Prüfungs.- Nr. falls bekannt)	Name des/der Prüfenden

*Hinweis:

Bei Krankheit ist unverzüglich ein ärztliches Attest mit der Angabe der Dauer der Prüfungsunfähigkeit vorzulegen, das nicht später als am Prüfungstag ausgestellt sein darf.

Datum

Unterschrift der/des Studierenden

Ärztliches Attest über Prüfungsunfähigkeit

1) Personalien der untersuchten Person

Nachname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

2) Erklärung der untersuchenden Ärztin bzw. des untersuchenden Arztes:

Meine am _____ durchgeführte Untersuchung zur Frage der Prüfungsfähigkeit bei der o.g. Person hat **gesundheitliche Beeinträchtigungen** ergeben. Aus den gesundheitlichen Beeinträchtigungen ergibt sich eine **Prüfungsunfähigkeit** für die folgende(n) **Art(en) von Prüfungen** (bitte Zutreffendes ankreuzen):

Mündliche Prüfung (Präsentation, Referat o.ä.)

Schriftliche Prüfung (Klausur)

Dauer der Beeinträchtigung (Zeitraum): von _____ bis einschließlich _____

Praxisstempel

Name Ärztin/Arzt: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____