Eingangsstempel

ärztliche Bescheinigung

zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit

Medical Certificate

to determine the inability to take the examination

OTTO VON GUERICKE UNIVERSITÄT MAGDEBURG

ERLÄUTERUNG:

Die Beantwortung der Rechtsfrage, ob eine gesundheitliche Beeinträchtigung den Abbruch einer Prüfung oder den Rücktritt von der Prüfung rechtfertigen kann, ist in eigener Verantwortung von der Prüfungsbehörde (Prüfungsamt/Prüfungsausschuss) zu entscheiden. Durch eine ärztliche Bescheinigung ist nachzuweisen, dass der Abbruch bzw. der Rücktritt von Prüfungen aufgrund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung, die die Leistungsfähigkeit des Studierenden erheblich vermindert, gerechtfertigt ist. Studierende sind auf Grund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offen zulegen. Dies bedeutet nicht, dass der Arzt die Diagnose als solche bekannt geben muss, sondern eben nur die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Beeinträchtigungen in einer Prüfung.

1. Angaben zur untersuchten Person:	
Nachname:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße / Hausnummer:	
PLZ und Wohnort:	

2. Erklärung des Arztes:

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

Krankheitssymptome / Art der Leistungsminderung:

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor (Schwankungen in der Tagesform, Examensangst, Prüfungsstress u. ä. sind keine erheblichen Beeinträchtigungen).

Die Gesundheitsstörung ist (bitte ankreuzen):	◯ **dauerhaft, d.h. auf nicht absehbare Zeit** ◯ **vorübergehend**
Dauer der Krankheit	**von:** _____ **bis einschließlich:** _____

Datum/Unterschrift: _____ Praxisstempel: _____

Nur für das Prüfungsamt:

Die Prüfungsunfähigkeit wird hiermit ◯ festgestellt ◯ nicht festgestellt

Datum/Prüfungsamt _____/_____

Stand: 26.04.2023 |Vers. 1.3|

OTTO VON GUERICKE UNIVERSITÄT MAGDEBURG

Antrag auf Rücktritt von Prüfungen/
Request for withdrawal from examinations

Vom Studierenden auszufüllen/to be completed by the student:

Nachname/ Last Name	
Vorname/ First Name	
Matrikelnummer/ student number	
Studiengang/ degree programme	

Ich beantrage den Rücktritt von den nachfolgend aufgeführten Prüfungen wegen Krankheit:
I request withdrawal from the examinations listed below due to illness:

Prüfungsnummer/ exam number	Titel der Prüfung/ subject (course title)	Prüfungsdatum/ date of exam (dd/mm/yy)

Ich bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben.
Eine ärztliche Bescheinigung zu den oben genannten Zeiten habe ich beigefügt./
I confirm the correctness of the information provided.
I have enclosed a medical certificate for the above-mentioned periods.

Datum/date: (dd/mm/yy)	Unterschrift/Signature:

Stand: 26.04.2023 |Vers. 1.3|