

Bescheinigung zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit

Prüfungsrücktritt zu den Klausuren im SoSe _____ / WiSe _____

Achtung: Unvollständig ausgefüllte Attest-Vorlagen werden nicht bearbeitet!

Von der/dem Studierenden auszufüllen zur Vorlage bei der ärztlichen Untersuchung.

Name, Vorname (Matrikel-Nr.):		Studiengang:		<input type="checkbox"/> Bachelor
Anschrift:		<input type="checkbox"/> Automobilentwicklung		<input type="checkbox"/> Master
		<input type="checkbox"/> Kunststofftechnik		BBPO-Version:
		<input type="checkbox"/> Maschinenbau		
		<input type="checkbox"/> Mechatronik		
Aus gesundheitlichen Gründen kann bzw. konnte ich an folgenden Prüfungen nicht teilnehmen: Nichtbenötigte Zeilen bitte durchstreichen.				
Name der Veranstaltung:	Prüfung-Nr.:	Prüfer*in:	Art der Prüfung:	Prüfungstag:
			<input type="checkbox"/> schriftlich	
			<input type="checkbox"/> mündlich	
			<input type="checkbox"/> schriftlich	
			<input type="checkbox"/> mündlich	
			<input type="checkbox"/> schriftlich	
			<input type="checkbox"/> mündlich	

Bei diesem Attest zur Krankmeldung bei einer Prüfungsleistung handelt es sich um mein

1. Attest

2. Attest

3. Attest

Folgeattest (bei Verlängerung
der Prüfungsunfähigkeit)

ab der 4. PuB

Amtsärztliches Attest

Mir ist bekannt, dass lt. Beschluss des Prüfungsausschusses nach Abgabe des 3. Attestes die Krankmeldung bei einer Prüfung nur noch mit einem **amtsärztlichen Attest** möglich ist. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bewusst, dass die Falschangabe einer Zuwiderhandlung der Prüfungsordnung entspricht. **Mir ist bekannt, dass die Prüfung spätestens im Rahmen der Prüfungstermine des jeweils folgenden Semesters abzulegen ist.**

Dieser Prüfungsrücktritt ist nur zusammen mit dem ärztlichen/ amtsärztlichen Attest auf der dafür vom Prüfungsausschuss vorgesehenen „Bescheinigung zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit/ Ärztliches Attest“ gültig. Beide Formulare müssen unverzüglich (innerhalb von 3 Werktagen, ggf. ist das Datum des Poststempels maßgebend) bei der/dem Prüfungsausschussvorsitzenden eingereicht werden.

Die amtsärztliche Prüfungsunfähigkeitsbescheinigung wird vom Gesundheitsamt digital an den Fachbereich übermittelt. Bitte stellen Sie sicher, dass die Angaben zu Ihrem Studiengang korrekt sind.

Ich bitte Sie, die Gründe für die Prüfungsunfähigkeit anzuerkennen.

Unterschrift der/des Studierenden

Rückseite: Formular zur Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit (ärztliches Attest)

Der Arzt bzw. die Ärztin muss eine physische Niederlassung in Deutschland haben. Prüfungsunfähigkeitsbescheinigungen von sog. Teledoktoren (und vergleichbaren Bezeichnungen), also Bescheinigungen, die auf ausschließlich virtuell angebotenen Sprechstunden basieren, werden nicht akzeptiert.

- Vorderseite -

Formular zur Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit (Ärztliches Attest)

Zur Vorlage beim Prüfungsausschuss des Studiengangs _____
des Fachbereichs Maschinenbau und Kunststofftechnik der Hochschule Darmstadt.

Erläuterung für die Ärztin/den Arzt:

Wenn Studierende aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheinen, ist gemäß der Prüfungsordnung dem zuständigen Prüfungsausschuss die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigen Studierende ein ärztliches Attest, das es dem Prüfungsausschuss erlaubt, aufgrund Ihrer Angaben als medizinisch sachverständige Person die Rechtsfrage zu beantworten, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Es reicht für den Prüfungsausschuss aus, dass Sie Prüfungsunfähigkeit nach der untenstehenden Erklärung attestieren.

Angaben zur Person

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort

Erklärung der Ärztin / des Arztes

Meine heutige Untersuchung zur Beurteilung der Prüfungsunfähigkeit bei o.g. Person hat aus ärztlicher Sicht ergeben, dass diese Person prüfungsunfähig ist.

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor. Mir ist bekannt, dass Schwankungen der Tagesform, Prüfungsangst, Prüfungsstress u. ä. keine erhebliche Beeinträchtigung darstellen.

Erläuterung für die Ärztin / den Arzt

Prüfungsunfähigkeit im rechtlichen Sinne liegt z.B. dann vor, wenn eine Person im Hinblick auf die Form der zu erbringenden Prüfung physische oder psychische Leistungsminderungen aufweist (z.B. Konzentrationsschwäche, akute Sehschwäche) bzw. körperlich eingeschränkt ist (z.B. Schreibhand gebrochen, Bettlägerigkeit) oder unter ansteckenden Krankheiten leidet (z.B. Grippe, Masern usw.).

Dauer der Prüfungsunfähigkeit von (Datum):	bis einschließlich (Datum):
--	-----------------------------

Der Arzt bzw. die Ärztin muss eine physische Niederlassung in Deutschland haben. Prüfungsunfähigkeitsbescheinigungen von sog. Teledoktoren (und vergleichbaren Bezeichnungen), also Bescheinigungen, die auf ausschließlich virtuell angebotenen Sprechstunden basieren, werden nicht akzeptiert.

Datum, Uhrzeit, Praxisstempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes