

Europa-Universität Viadrina Frankfurt (Oder)
Prüfungsausschuss für den Studiengang
„Recht und Wirtschaft | Wirtschaft und Recht“
Große Scharrnstraße 59
Hauptgebäude, Raum 223
15230 Frankfurt (Oder)



Antrag auf Anerkennung des Rücktritts wegen Prüfungsunfähigkeit von einer Prüfung im Bachelorstudiengang „Recht und Wirtschaft | Wirtschaft und Recht“

Hiermit beantrage ich

Name Vorname

Anschrift

E-Mail (*euXXXXX@europa-uni.de*) Matrikelnummer Aktuelles Fachsemester

den Rücktritt von nachfolgender/nachfolgenden Prüfung/en:¹

1. Prüfungsnummer: Prüfungsdatum:
Lehrveranstaltung: Modul-Nr.
2. Prüfungsnummer: Prüfungsdatum:
Lehrveranstaltung: Modul-Nr.
3. Prüfungsnummer: Prüfungsdatum:
Lehrveranstaltung: Modul-Nr.

und beantrage die Anerkennung der Prüfungsunfähigkeit.

Die Prüfungsunfähigkeit bestand / besteht **vom** **bis**
und wird mittels beigefügter *Prüfungsunfähigkeitsbescheinigung*² nachgewiesen.

..... Datum Unterschrift

Anlage: **Prüfungsunfähigkeitsbescheinigung**

¹ Die Prüfungsnummer(n) entnehmen Sie bitte der Anmeldeübersicht im HIS-Portal.

² Die Vorlage einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist hierfür nicht ausreichend.

Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit - Ärztliches Attest -

Zur Vorlage beim Prüfungsausschuss für den Studiengang „Recht und Wirtschaft | Wirtschaft und Recht“, Große Scharrnstraße 59, Hauptgebäude, Raum 223 in 15230 Frankfurt (Oder)

Erläuterung für den Arzt / die Ärztin:

1. Studierende sind aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offen zu legen und hierzu erforderlichenfalls den behandelnden Arzt und/oder die behandelnde Ärztin von seiner/ihrer ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden.
2. Eine Bekanntgabe der Diagnose muss nicht erfolgen.
3. Die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen sind anzugeben. Eine generelle Attestierung von Prüfungsunfähigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit ist unzureichend.
4. Das Attest kann auch formlos ausgestellt werden, soweit es die folgenden Punkte enthält.

1. Name des untersuchten Patienten / der untersuchten Patientin:

.....
Name

.....
Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Anschrift

2. Erklärung des Arztes / der Ärztin:

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

Bezeichnung der Krankheit (optional):

.....

Dauer der Beeinträchtigung: von: bis einschließlich:

Bitte beschreiben Sie Art und Ausmaß der Leistungsminderung:

.....
.....
.....
.....

Dauer der Gesundheitsstörung (bitte ankreuzen):

- Die Gesundheitsstörung ist vorübergehend.
 Die Gesundheitsstörung ist dauerhaft.
 Die Dauer der Gesundheitsstörung ist nicht absehbar.

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine **erhebliche** Beeinträchtigung des Leistungsvermögens ja nein vor. (Schwankungen in der Tagesform, Examensangst, Prüfungsstress oder Ähnliches sind bei Prüfungen normal und gelten deshalb als nicht erheblich.)

Der Patient / die Patientin ist im o. g. Zeitraum aus meiner medizinischen Sicht für folgende Prüfungsarten prüfungsunfähig:

- mündliche Prüfungen schriftliche Prüfungen

.....
Datum

.....
Praxisstempel und Unterschrift