

Eingangsstempel

Ärztliches Attest

zur Vorlage beim zuständigen Prüfungsausschuss
zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit



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 (Prüfungsausschuss) zu entscheiden. Durch ein ärztliches Attest 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:	
<u>Krankheitssymptome / Art der Leistungsminderung:</u>	
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):	<input type="radio"/> dauerhaft, d.h. auf nicht absehbare Zeit <input type="radio"/> vorübergehend
Dauer der Krankheit	von: _____ bis einschließlich: _____

Datum/Unterschrift: _____

Praxisstempel: _____

Nur für den Prüfungsausschuss:

Die Prüfungsunfähigkeit wird hiermit festgestellt nicht festgestellt

Datum/Vorsitzender des Prüfungsausschusses _____/_____

Antrag auf Rücktritt von Prüfungen/Request to withdraw from examination

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 hereby apply the withdrawal from the following exams because of illness:

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

Ich bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben.
Ein ärztliches Attest zu den oben genannten Zeiten habe ich beigelegt.
I hereby declare that all entries are correct.
I have attached a medical certificate to the above mentioned times.

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

Informationen über die Erhebung von Daten der betroffenen Person nach Art. 13 DS-GVO

Die Daten werden für das Anerkennungsverfahren der Prüfungsunfähigkeit und Verwaltung des Prozessablaufes erhoben.

Grundlage für die Erhebung ist der Art. 6 Abs.1 S.1 e) DS-GVO (Ausübung einer Aufgabe die der verantwortlichen Stelle übertragen wurde).

Eine Weitergabe der Daten an Dritte (außerhalb der Universität) erfolgt nicht.

Das Prüfungsunfähigkeitsformular wird mit der Übergabe der Studierendenakte an das Hauptarchiv der OVGU vernichtet.

Die Informationen zur verantwortlichen Stelle, die Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten sowie Ihre Rechte in Bezug auf die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie in der Datenschutzerklärung der OVGU unter:

<https://www.ovgu.de/datenschutzerklaerung.html>