

# Erklärung zum Prüfungsrücktritt

- zur Vorlage beim Prüfungsausschuss -  
Bitte reichen sie diese Erklärung vollständig/beidseitig ein

## Angaben des Studierenden

Nachname:	Vorname:
Matrikel-Nr.:	<input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master
Fachbereich:	Studiengang:

Ich erkläre hiermit, von der nachstehend genannten Prüfung aufgrund einer Erkrankung zurückzutreten.

## Prüfung/en

Lfd. Nr.	Prüfungs-Nr.	Prüfungstermin	Bezeichnung der Prüfung	
1				
2				
3				
4				
5				

**Die untenstehenden Erläuterungen habe ich zur Kenntnis genommen.**

-----  
Datum

-----  
Unterschrift der/des Studierenden

## Erläuterungen für Studierende/behandelnde Ärzte/Psychotherapeuten

1. Kann eine Studentin/ein Student aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheinen oder bricht sie ab, hat sie/er gemäß der geltenden Prüfungsordnung dem zuständigen Prüfungsausschuss bzw. Prüfungsamt die Erkrankung unverzüglich anzuzeigen und glaubhaft zu machen.
2. Die Glaubhaftmachung erfolgt in der Regel durch ein ärztliches/psychotherapeutisches Attest, das grundsätzlich unmittelbar am Prüfungstag einzuholen ist und **spätestens bis zum dritten Kalendertag** (maßgeblich ist der Eingang) nach dem Prüfungstermin dem Prüfungsausschuss/Prüfungsamt im Original vorzulegen ist. Fällt das Fristende auf einen Samstag, Sonn- oder Feiertag, so verlängert sich die Frist bis zum nächsten Werktag (193 BGB, Beispiel: Prüfungstermin ist an einem Donnerstag). Somit muss die unverzügliche Nachweisführung spätestens bis einschl. Montag erfolgen. Andernfalls gilt die betreffende Prüfungsleistung als mit „nicht ausreichend“, „0 Punkte“ bewertet. Unverzüglich nachgewiesene Prüfungsunfähigkeit führt dazu, dass der angemeldete Versuch nicht gewertet/gezählt wird.
3. Bei der ersten Erkrankung im Verlauf des Studiums genügt ein einfaches ärztliches/psychotherapeutisches Attest, das die Prüfungsunfähigkeit erkennen lässt (keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung). Ab der zweiten Erkrankung wird ein qualifiziertes ärztliches/psychotherapeutisches Attest benötigt, das es dem Prüfungsausschuss bzw. Prüfungsamt erlaubt, aufgrund der Angaben eines medizinischen Sachverständigen die Rechtsfrage zu beantworten, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Die Beantwortung der Rechtsfrage, ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung den Abbruch der Prüfung oder den Rücktritt von der Prüfung rechtfertigen kann, ist grundsätzlich nicht die Aufgabe des Arztes/Psychotherapeuten; dies ist vielmehr letztlich und in eigener Verantwortung von der Prüfungsbehörde zu entscheiden. Für diese Beurteilung reicht es nicht aus, dass die Ärztin / der Arzt oder die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut Studierenden Prüfungsunfähigkeit attestiert. Studierende sind aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offenzulegen und hierzu erforderlichenfalls die behandelnde Ärztin/Psychotherapeutin oder der behandelnde Arzt/Psychotherapeut von der Schweigepflicht zu entbinden.

Für Ärzte/Psychotherapeuten

Dies bedeutet, dass die Ärztin/Psychotherapeutin oder der Arzt/Psychotherapeut die Diagnose als solche nicht bekannt geben muss (aber kann); aber die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen mit Einfluss auf die Prüfungsfähigkeit konkret angeben muss. Die genaue Bezeichnung der Krankheit kann u. U. zweckmäßig sein, da durch sie offensichtlich gemacht wird, dass die Leistungsfähigkeit des Prüflings erheblich beeinträchtigt ist. Für den Fall, dass Studierende ihre Ärztin/Psychotherapeutin oder ihren Arzt/Psychotherapeuten nicht von der Schweigepflicht befreien möchten, ist ein amtsärztliches Attest vorzulegen. Die Kosten für ein amtsärztliches Attest bzw. die amtsärztliche Untersuchung trägt in diesem Fall der/die Studierende.

Zur hier dargestellten Verfahrensweise vgl. die zustimmenden Ausführungen des Landesbeauftragten für Datenschutz Rheinland-Pfalz (23. Datenschutzbericht 2009/11, Seite 90 f., Kapitel 6.2.2)

### Für den Fall einer Erkrankung

#### Erklärung der behandelnden Ärztin/Psychotherapeutin oder des behandelnden Arztes/Psychotherapeuten

*-Der Antragsteller befreit die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt oder Psychotherapeutin/Psychotherapeuten insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht-*

Name des Studierenden/Patienten: .....

Art und Umfang der Erkrankung/ Krankheitssymptome (für den Laien verständlich, kein ICD-Code):  
.....

Art der Leistungsminderung  
.....

Voraussichtliche Dauer der Erkrankung: von ..... bis.....

Es liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des  
Leistungsvermögens i.S. einer Prüfungsunfähigkeit vor  ja  nein

Die Gesundheitsbeeinträchtigung ist  dauerhaft  vorübergehend

-----  
Untersuchungsdatum

-----  
Praxisstempel/Unterschrift der Ärztin/Psychotherapeutin  
oder des Arztes/Psychotherapeuten

#### Entscheidung des Prüfungsausschusses

Die Prüfungsunfähigkeit wird für folgende Prüfungen festgestellt:

**Lfd. Nr.:**

Über abgelehnte Prüfungsrücktritte werden Studierende gesondert informiert

-----  
Datum

-----  
für den Prüfungsausschuss/Leiter(in) Prüfungsamt