



Hinweise zum Prüfungsrücktritt bei Krankheit im Studiengang Master of Science

Hinweise für den/die Studierende*n:

Sind Sie aufgrund einer Erkrankung gehindert, an einer Prüfung teilzunehmen und möchten Sie eine Bewertung der Prüfungsleistung mit der Note 5,0 (nicht ausreichend) vermeiden, müssen Sie dem Prüfungsausschuss **unverzüglich** einen schriftlichen Antrag auf Genehmigung des Rücktritts von der Prüfung und ein ärztliches Attest, welches Angaben zu den Symptomen der Erkrankung und der daraus resultierenden Leistungsminderung enthält, vorlegen (§28 (2) der Prüfungsordnung für den Studiengang Master of Science, M.Sc.O). Liegt beides dem Prüfungsausschuss **spätestens drei Werktage** nach der Prüfung vor, gilt dies als unverzüglich.

Da die medizinischen Befundtatsachen sich auf den Gesundheitszustand am Tag der Prüfung beziehen müssen, kann ein ärztliches Attest in der Regel nur anerkannt werden, wenn die Untersuchung durch den Arzt/die Ärztin spätestens am Tag der Prüfung stattgefunden hat.

Im eigenen Interesse wird empfohlen, das ärztliche Attest selbst zu übermitteln. Es ist auch möglich, den Arzt/die Ärztin von seiner/ihrer Schweigepflicht zu entbinden und ihn/sie zu bitten, das Attest zu übersenden. Sogenannte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen versetzen den Prüfungsausschuss nicht in die Lage, die Frage der Prüfungsunfähigkeit zu beurteilen, weshalb eine Genehmigung des Rücktritts dann nicht möglich ist.

Prüfungsunfähigkeit kann nur festgestellt werden, wenn Sie aufgrund der Erkrankung in Ihrer Leistungsfähigkeit akut und vorübergehend erheblich beeinträchtigt sind. Erkrankungen, deren Behebung nicht in absehbarer Zeit erwartet werden kann (Dauerleiden), beeinträchtigen das reguläre Leistungsbild nicht und können nicht zur Feststellung von Prüfungsunfähigkeit führen. Für behinderte oder chronisch kranke Studierende wird auf die Möglichkeit eines Nachteilsausgleichs unter den Voraussetzungen des § 14a M.Sc.O hingewiesen. Prüfungsangst/Prüfungsstress berechtigen nicht zum Prüfungsrücktritt, da diese Belastungen grundsätzlich alle Studierenden treffen und zum typischen Prüfungsgeschehen gehören.

Hinweise für den Arzt/die Ärztin:

Nach der Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte ist das Vorliegen von Prüfungsunfähigkeit eine Rechtsfrage, die vom Prüfungsausschuss anhand der von dem/der ärztlichen Sachverständigen festgestellten und zugänglich gemachten Befunde zu beantworten. Ihre ärztlichen Tatsachenfeststellungen sind somit die Grundlage für die durch den Prüfungsausschuss erfolgende Beurteilung, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Beschreiben Sie deshalb bitte die Symptome der Erkrankung und die Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit so ausführlich, dass dem Prüfungsausschuss eine Beurteilung ohne Rückfragen ermöglicht wird. Die Angabe der Diagnose ist nicht erforderlich. Die Angabe kann in Einzelfällen zweckmäßig sein, wenn damit gleichzeitig auch die Symptome der Erkrankung beschrieben werden. Bitte geben Sie die Diagnose aber nur an, wenn Ihr Patient/Ihre Patientin damit ausdrücklich einverstanden ist.

Antrag auf Genehmigung eines Prüfungsrücktritts wegen Krankheit zur Vorlage beim Prüfungsausschuss der Fakultät für Chemie und Pharmazie, einzureichen beim Prüfungsamt Sustainable Materials

I. Persönliche Angaben der/des Studierenden

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

II. Erklärung des Prüfungskandidaten/der Prüfungskandidatin

Wegen Prüfungsunfähigkeit aufgrund einer vorübergehenden Erkrankung beantrage ich hiermit die Genehmigung des Rücktritts von der/den Prüfung(en):

1. _____ am _____

2. _____ am _____

3. _____ am _____

Datum und Unterschrift des/der Studierenden: _____

III. Ärztliches Attest

Die Untersuchung am _____ von Herrn/Frau _____

hat aus ärztlicher Sicht Folgendes ergeben:

Krankheitssymptome/Art der Leistungsminderung: _____

Dauer der Krankheit (Datum angeben): von _____ bis _____

Es liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor: ja nein

Die Beeinträchtigung ist vorübergehend und nicht dauerhaft: ja nein

Ergänzende Bemerkung: _____

(Datum, Praxisstempel)

(Unterschrift der Ärztin/des Arztes)