

Antrag auf Rücktritt aus triftigem Grund von Prüfungen in Bachelor- / Masterstudiengängen (gem. § 23 der PVO BaMa)

Zur Vorlage bei einem zuständigen Prüfungsamt der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

- Im Krankheitsfall ist dieses Formular zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten „**Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit - Ärztlichen Attest**“ (<http://www.studium.uni-kiel.de/de/pruefungen/formulare>) unverzüglich bei einem zuständigen Prüfungsamt vorzulegen.
- Bei Vorliegen anderer triftiger Gründe ist dieses Formular zusammen mit einem begründenden Anschreiben der/des Studierenden sowie ggf. entsprechenden Nachweisen unverzüglich bei einem zuständigen Prüfungsamt vorzulegen.
- Unverzüglich bedeutet: **Innerhalb von 4 Werktagen inkl. Tag der Prüfung.** Samstage, Sonn- und Feiertage verlängern die Frist entsprechend.
- Bitte alle vom Rücktritt betroffenen Prüfungen auflisten! Sind mehrere Prüfungsämter vom Rücktritt zu informieren, bitte einem der beteiligten Prüfungsämter vorlegen. Ihr Antrag wird von dort entsprechend weitergeleitet.

Matrikelnummer		Studienfach/-fächer	
Name, Vorname			
Telefon-Nr.		Stu-Mail-Adresse	
Adresse			

Rücktrittsgrund*	<input type="checkbox"/> eigene Erkrankung	<input type="checkbox"/> Erkrankung des Kindes	<input type="checkbox"/> anderer triftiger Grund
------------------	--	--	--

Hiermit trete ich aus triftigem Grund von folgender Prüfung / folgenden Prüfungen zurück:

Modul-Nr. oder Modulbezeichnung lt. FPO (nicht LV-Nr.)	Titel der Lehrveranstaltung	Art der Prüfungsleistung	Termin	Prüfer	zuständiges Prüfungsamt

Datum, Unterschrift der / des Studierenden

*Wird das Formular **per stu-Mail** an das zuständige Prüfungsamt geschickt, ist eine **Unterschrift bis auf Weiteres nicht erforderlich.***

* Anlage:	<input type="checkbox"/> Im Krankheitsfall: „Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit – Ärztliches Attest“ (Bitte legen Sie dem Arzt den Vordruck der CAU vor.) <input type="checkbox"/> Bei Erkrankung des Kindes: Ärztliches Attest <input type="checkbox"/> Bei Vorliegen anderer triftiger Gründe: Begründendes Anschreiben der / des Studierenden
-----------	--

(Vom Prüfungsamt auszufüllen)

Weitergeleitet an das Prüfungsamt:				
Datum/Kürzel				

Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit - Ärztliches Attest -

Zur Vorlage bei einem zuständigen Prüfungsamt der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Erläuterungen für die Ärztin / den Arzt

(aus Gründen der Lesbarkeit wird im Folgenden nur die männliche Form verwendet)

Wenn ein Studierender aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint oder sie abbricht, hat er gemäß Prüfungsordnung dem zuständigen Vorsitzenden des Prüfungsausschusses die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt der Studierende ein ärztliches Attest, das dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses erlaubt, aufgrund Ihrer Angaben als medizinischem 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 Aufgabe des Arztes; dies ist vielmehr letztlich und in eigener Verantwortung von der Prüfungsbehörde zu entscheiden. Da es für diese Beurteilung nicht ausreicht, dass Sie dem Prüfling pauschal Prüfungsunfähigkeit attestieren, werden Sie um kurze Ausführungen zu den nachstehenden Punkten gebeten. Mit der Bitte um Ausfüllen dieses Attestes erklärt der Studierende seine Einwilligung dazu, dass Sie dem Prüfungsamt die nachstehenden Informationen mitteilen. Dies geschieht im Einklang mit dem Datenschutzgesetz. Der Prüfling kann die Einwilligung verweigern und auch mit Wirkung für die Zukunft widerrufen (§ 12 Abs. 2 Landesdatenschutzgesetz). Jedoch kann dies zur Folge haben, dass kein triftiger Grund im Sinne der Prüfungsordnungen vorliegt und daher die Prüfung für „nicht ausreichend“ erklärt werden kann.

Angaben zur untersuchten Person:

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ	Wohnort

Erklärung der Ärztin oder des Arztes:

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

1. Es liegen prüfungsrelevante Krankheitssymptome vor, die die psychische oder physische Leistungsfähigkeit deutlich einschränken, wie z.B. Bettlägerigkeit, Fieber, Schmerzen, oder Konzentrationsstörungen aufgrund der Einnahme von Medikamenten.
2. Es handelt sich nicht um Schwankungen in der Tagesform, Prüfungsstress und ähnliches. (Dies sind im Sinne der Prüfungsfähigkeit keine erheblichen Beeinträchtigungen.)

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens gemäß Punkt 1 vor. Ich bestätige ausdrücklich, dass es sich nicht um eine, wie unter Punkt 2 beschriebene minimale Einschränkung der Leistungsfähigkeit handelt.

Die Patientin / der Patient ist für die am _____ (Datum) stattfindende

mündliche schriftliche sportpraktische sonstige: _____

Prüfung im Fach _____

bzw. in der Zeit vom _____ bis _____ für die in Anlage genannten ____ (Anzahl) Prüfungen

aus medizinischer Sicht nicht prüfungsfähig.

Datum, Praxisstempel und Unterschrift

Hinweis für die Studierende / den Studierenden:

Das Attest ist zusammen mit dem entsprechenden Antrag auf Rücktritt bzw. Fristverlängerung vorzulegen.