

Formular zur Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit (Ärztliches Attest)

****** Nur Fachbereich MN ******

Zur Vorlage beim Prüfungsausschuss des Studiengangs Angewandte Mathematik der Hochschule Darmstadt

Erläuterung für die Ärztin/den Arzt:

Wenn eine Studierende / ein Studierender aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint, hat sie / er gemäß der Prüfungsordnung dem zuständigen Prüfungsausschuss die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt sie / er ein ärztliches Attest, das es dem Prüfungsausschuss erlaubt, aufgrund Ihrer Angaben als medizinische Sachverständige / medizinischer Sachverständiger die Rechtsfrage zu beantworten, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Es reicht für den Prüfungsausschuss aus, dass Sie der / dem Studierenden Prüfungsunfähigkeit nach der untenstehenden Erklärung attestieren.

Angaben zur Person

Name, Vorname	Geburtsdatum:
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort

Erklärung der Ärztin / des Arztes

Meine heutige Untersuchung zur Beurteilung der Prüfungsunfähigkeit bei o.g. Person hat aus ärztlicher Sicht ergeben, dass diese Person prüfungsunfähig ist.
Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor. Mir ist bekannt, dass Schwankungen der Tagesform, Prüfungsangst, Prüfungsstress u. ä. keine erhebliche Beeinträchtigung darstellen.

Erklärung für die Ärztin / den Arzt

Prüfungsunfähigkeit im rechtlichen Sinne liegt z.B. dann vor, wenn die Patientin / der Patient im Hinblick auf die Form der zu erbringenden Prüfung physische oder psychische Leistungsminderungen aufweist (z.B. Konzentrationsschwäche, akute Sehschwäche) bzw. körperlich eingeschränkt ist (z.B. Schreibhand gebrochen, Bettlägerigkeit), oder unter ansteckenden Krankheiten leidet (z.B. Grippe, Masern, usw.).

Dauer der Prüfungsunfähigkeit von	bis einschließlich:
-----------------------------------	---------------------

An den
Prüfungsausschuss Studiengang Angewandte Mathematik
Hochschule Darmstadt
Schöfferstr. 3
64295 Darmstadt

Prüfungsrücktritt ****** Nur Fachbereich MN ******

Name: _____

Vorname: _____

Matrikel-Nr.: _____

E-Mail: _____

Aus gesundheitlichen Gründen kann bzw. konnte ich nicht an folgenden Prüfungen teilnehmen:

Beleg-Nr.	Veranstaltung / Prüfung	Prüfer	Datum

Ich bitte Sie, die Gründe für die Prüfungsunfähigkeit anzuerkennen.

Unterschrift der / des Studierenden

Anlage: Formular zur Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit (Ärztliches Attest)

Dieser Prüfungsrücktritt ist nur zusammen mit dem Attest des Arztes auf dem hierfür vom Prüfungsausschuss vorgesehenen "Formular zur Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit (Ärztliches Attest)" gültig. Beide Formulare müssen unverzüglich (innerhalb von 3 Arbeitstagen, ggf. ist der Poststempel maßgebend) beim Prüfungsausschussvorsitzenden, im Fachbereichssekretariat oder beim Fachbereichsassistenten eingereicht werden. Prüfungsrücktritte werden nur akzeptiert, wenn das Ausstellungsdatum des Attestes nicht später liegt als das Prüfungsdatum.