Stand: 07.07.2025 WSF

Studien- und Prüfungsamt der WSF

Ulmenstraße 69, 18057 Rostock

Einwurf in die Postkästen neben Raum 130 oder per E-Mail als PDF an pruefungsamt.wsf@uni-rostock.de

Universität Rostock Traditio et Innovatio

Formular zur Anzeige Prüfungsunfähigkeit (Ärztliches Attest)

Erläuterung für den Arzt

Wenn ein Studierender aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint oder sie abbricht, hat er gemäß der geltenden Rahmenprüfungsordnung dem Prüfungsamt die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt er ein ärztliches Attest, das es dem Prüfungsamt erlaubt, aufgrund Ihrer Angaben als medizinischer Sachverständiger die Rechtsfrage zu beantworten, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Die Beantwortung der Rechtsfrage, ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung den Abbruch der Prüfung oder den Rücktritt der Prüfung rechtfertigen kann, ist nicht Aufgabe des Arztes; dies ist vielmehr letztlich und in eigener Verantwortung von der Prüfungsbehörde zu entscheiden. Da es für diese Beurteilung nicht ausreicht und es auch nicht zulässig ist, dass Sie dem Kandidaten „Prüfungsunfähigkeit" attestieren, werden Sie um Ausführungen zu den nachstehenden Punkten gebeten. Studierende sind aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit verpflichtet, ihre Beschwerden offen zu legen.

Dies bedeutet nicht, dass der Arzt die Diagnose als solche bekannt geben muss, sondern eben nur die durch Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen.

Untersuchte Person

Name, Vorname: ……...Studiengang: bitte auswählen

Matrikelnummer: ……..... Telefonnummer: .....…….....

Straße, Hausnr.: .....…….. PLZ, Wohnort: …….....

Hinweis: Bei Ihrer Telefonnummer und Adresse handelt es sich um eine freiwillige Angabe.

Art der Leistungsminderung

☐erheblich verminderte geistige Leistungsfähigkeit (z.B. auf Grund akuter Erkrankungen / medikamentöser Behandlung)

☐eingeschränkte Motorik der Schreibhand

☐andere motorische Einschränkung, und zwar:……..

☐sonstige Leistungsminderung, und zwar:……

☐Die Gesundheitsstörung ist (*bitte ankreuzen*) :☐ auf nicht absehbare Zeit ☐vorübergehend.

☐Dauer der Krankheit: von: ..... bis: .....……...Empfohlene Verlängerung: …….. Tage*

*<u>Zusätzliche Angabe bei Diplom-, Bachelor-, Master- sowie Belegarbeiten</u>: Welche Verlängerung wird angesichts des Grades der Leistungsminderung befürwortet? (z. B. wenn o. g. Patient die Arbeit nur eingeschränkt fortsetzen kann, so dass eine Verlängerung über den gesamten Krankheitszeitraum aus Gründen der Chancengleichheit unangemessen ist).

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor (Schwankungen in der Tagesform, Examensangst, Prüfungsstress u. ä. sind keine rechtlich erheblichen Beeinträchtigungen).

Ort und Datum

Praxisstempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin

Universität Rostock Traditio et Innovatio

Vom Studierenden auszufüllen

Das Attest gilt für die nachfolgend aufgeführten Prüfungen:

1) .....

2) .....

3) .....

4) .....

5) .....

Nach „Versäumnis, Rücktritt, Täuschung, Ordnungsverstoß“ der für Ihren Studiengang geltenden Prüfungsordnung ist geregelt, dass der für den Rücktritt oder das Versäumnis geltend gemachte Grund dem zuständigen Prüfungsamt unverzüglich schriftlich angezeigt und glaubhaft gemacht werden muss. Im Falle einer Krankheit haben die Studierenden unverzüglich ein ärztliches Attest vorzulegen. Im Falle der Krankheit eines überwiegend von Studierenden zu versorgenden Kindes oder sonstigen pflegebedürftigen Angehörigen, hat dieser unverzüglich ein ärztliches Attest vorzulegen.

_____ _____

Ort und Datum Unterschrift der/des Studierenden

Antrag per E-Mail senden