

Formular für den Nachweis einer krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit für Studierende zur Vorlage im Prüfungsservice

*Form to Provide Evidence of Illness-related Inability to Participate in Examinations
for Presentation to the Examination Service*

Erläuterung für die Ärztin bzw. den Arzt

Explanatory Notes for the Medical Practitioner

Wenn eine Studierende oder ein Studierender aus gesundheitlichen Gründen an einer Prüfung nicht teilnimmt bzw. diese nach Antritt abbricht, hat sie oder er gemäß § 63 Absatz 7 HG NRW gegenüber dem Prüfungsamt den Nachweis der krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit zu erbringen. Zu diesem Zweck benötigt sie oder er ein ärztliches Attest, das dem Prüfungsamt erlaubt, festzustellen, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Prüfungsunfähigkeit liegt vor, soweit die Leistungsfähigkeit des Prüflings während der Prüfung durch gesundheitliche Beeinträchtigungen erheblich vermindert ist.

Rechtlich unerheblich sind hier Prüfungs- bzw. Examensängste, Schwankungen in der Tagesform, leichte nicht fiebrige Erkältungen oder dementsprechende gesundheitliche Beeinträchtigungen.

Daher werden Sie um Ausführungen zu den nachstehenden Punkten gebeten. Sofern berechtigte Zweifel an der Prüfungsunfähigkeit bestehen, ist die Hochschule berechtigt, eine zusätzliche ärztliche Bescheinigung einer Vertrauensärztin oder eines Vertrauensarztes zu verlangen. Studierende sind aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit grundsätzlich verpflichtet, Ihnen ihre Beschwerden offen zu legen.

Angaben der/ des Studierenden

Personal Detail

Vorname | *First name*: _____

Nachname | *Surname*: _____

Geburtsdatum | *Date of Birth*: _____

Matrikelnummer | *Matr.-No.*: _____

Studiengang | *Study Program*: _____

Erklärung der Ärztin / des Arztes

Declaration of the Medical Practitioner

Hinweis: Nur von der Ärztin / dem Arzt auszustellen, wenn nicht bereits eine anderweitige ärztliche Bescheinigung ausgestellt wurde.

Please note: Only to be filled in by the Medical Practitioner if no further medical confirmation has been issued.

Meine Untersuchung am _____._____._____ um _____ Uhr bei o. g. Patientin / Patient hat aus ärztlicher Sicht folgendes ergeben:

Es liegt eine gesundheitliche Beeinträchtigung im Sinne einer erheblichen Minderung der persönlichen Leistungsfähigkeit vor. Dies berechtigt zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit.

Dauer der Krankheit: von: _____._____._____ bis: _____._____._____

Datum, Praxisstempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

**Formular für den Nachweis einer krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit
für Studierende zur Vorlage im Prüfungsservice**

*Form to Provide Evidence of Illness-related Inability to Participate in Examinations for
Presentation to the Examination Service*

Von der oder dem Studierenden auszufüllen | *To be filled in by the student*

Folgende Prüfungen fallen in den Zeitraum der Erkrankung | *The following examinations are affected:*

Prüfungsnummer/ Modul-Code <i>Examination No./ Module code</i>	Datum der Prüfung <i>date of examination</i>	Titel der Prüfung <i>Title of examination</i>

Gem. § 13 Abs. 2 der Rahmenprüfungsordnung müssen die Gründe für das Nichterscheinen, den Rücktritt oder nicht fristgerechte Ablieferung unverzüglich schriftlich glaubhaft gemacht werden.

According to § 13 chapter 2 of the Framework Examination Regulations the reasons for non-appearance, withdrawal or late submission are to be substantiated in writing and without delay.

Im Falle eines krankheitsbedingten Prüfungsrücktritts nach Antritt der Prüfung müssen Sie zudem gegenüber der anwesenden Aufsichtsperson Ihre krankheitsbedingte Prüfungsunfähigkeit erklären und diesen Umstand im Aufsichtsprotokoll vermerken lassen.

In case of illness-related withdrawal from the examination you have to declare to the invigilator that you are incapacitated. This fact has to be entered into the record of the examination.

Datum Unterschrift der/des Studierenden
Date and signature of the student