Freie Universität Berlin

Klausuren FB Wirtschaftswissenschaft
- Rücktritt wegen Krankheit -

Matrikelnummer _____

Name, Vorname _____ E-Mail _____

Hiermit melde ich mich aus Krankheitsgründen von allen in den ärztlich bescheinigten Zeitraum fallenden Klausuren ab.

Ich bin mir bewusst, dass ich in diesem Zeitraum nicht berechtigt bin, an Klausuren teilzunehmen.

Datum	***Unterschrift Studierende/r***

Wenn Sie von einer Klausur zurücktreten, müssen dem Prüfungsausschuss die für den Rücktritt geltend gemachten Gründe **unverzüglich** schriftlich angezeigt und glaubhaft gemacht werden.

- Ärztliche Untersuchung: spätestens am nächsten Werktag nach der Prüfung.
- Eingang im Prüfungsbüro **(nur im Original)**: innerhalb von 3 Werktagen ab dem Prüfungstag (Prüfungstag und Samstage zählen mit). Einwurf in Türbriefkasten des Prüfungsbüros (Raum 204/205) oder Postversand (Datum des Poststempels zählt)

  Achtung - keine persönliche Abgabe!

Sie erhalten keine Eingangsbestätigung. Sollte Ihr Attest Anlass zu Fragen geben, setzen wir uns mit Ihnen per E-Mail in Verbindung. **Die Anmeldung zur Wiederholungsklausur erfolgt automatisch.**

Nur vom Arzt/von der Ärztin auszufüllen!

Wenn Studierende aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheinen oder diese abbrechen, müssen sie dem Prüfungsausschuss die Erkrankung nachweisen. Zu diesem Zweck benötigen sie ein ärztliches Attest, das dem Prüfungsausschuss erlaubt, die Rechtsfrage zu beantworten, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Die Beantwortung dieser Rechtsfrage ist grundsätzlich nicht Aufgabe des Arztes/der Ärztin, sondern liegt in der Verantwortung der Prüfungsbehörde. Um dies zu beurteilen, reicht es nicht aus, dem Prüfling pauschal Prüfungsunfähigkeit zu attestieren, sondern es müssen kurze Ausführungen zu nachstehenden Punkten vorliegen.

Erklärung des Arztes/der Ärztin:

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

1. Es liegen prüfungsrelevante Krankheitssymptome vor, die die psychische oder physische Leistungsfähigkeit deutlich einschränken (z. B. Fieber, Bettlägerigkeit etc.).
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 unter Punkt 2 beschriebene Einschränkung handelt.

Der/die Patient/in ist
(voraussichtlich) vom _____ bis einschließlich _____ nicht prüfungsfähig.

Uhrzeit der Vorstellung in der Arztpraxis: _____

_____ _____

Ort, Datum ***Unterschrift + Stempel Arzt/Ärztin***