

Europa-Universität Viadrina Frankfurt (Oder)
Prüfungsausschuss für den Studiengang
„Recht und Wirtschaft | Wirtschaft und Recht“
Dekanat der Juristischen Fakultät
Große Scharnstraße 59
15230 Frankfurt (Oder)



Antrag auf Anerkennung des Rücktritts wegen Prüfungsunfähigkeit von einer Prüfung im Bachelorstudiengang „Recht und Wirtschaft | Wirtschaft und Recht“

Hiermit beantrage ich

.....
Name Vorname

.....
Anschrift

.....
E-Mail (euXXXXXX@europa-uni.de) Matrikelnummer

den Rücktritt von nachfolgender/nachfolgenden Prüfung/en:¹

1. Prüfungsnummer: Prüfungsdatum:
Lehrveranstaltung: Modul-Nr.
2. Prüfungsnummer: Prüfungsdatum:
Lehrveranstaltung: Modul-Nr.
3. Prüfungsnummer: Prüfungsdatum:
Lehrveranstaltung: Modul-Nr.

und beantrage die Anerkennung der Prüfungsunfähigkeit.

Die Prüfungsunfähigkeit bestand/besteht vom bis
und wird mittels beigefügter Prüfungsunfähigkeitsbescheinigung² nachgewiesen.

.....
Datum Unterschrift

Anlage: Prüfungsunfähigkeitsbescheinigung

¹ Die Prüfungsnummer(n) entnehmen Sie bitte der Anmeldeübersicht im HIS-Portal.
² Die Vorlage einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist hierfür nicht ausreichend.

Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit - Ärztliches Attest -

Zur Vorlage beim *Prüfungsamt der Europa-Universität Viadrina*, Logenstraße 2, 15230 Frankfurt (Oder).

Erläuterung für den Arzt/die Ärztin:

1. Studierende sind aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offen zu legen und hierzu erforderlichenfalls den behandelnden Arzt und/oder die behandelnde Ärztin von seiner/ihrer ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden.
2. Eine Bekanntgabe der Diagnose muss nicht erfolgen.
3. Die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen sind anzugeben. Eine generelle Attestierung von Prüfungsunfähigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit ist unzureichend.
4. Das Attest kann auch formlos ausgestellt werden, sofern es die folgenden Punkte enthält.

1. Name des untersuchten Patienten / der untersuchten Patientin:

.....
Name

.....
Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Anschrift

2. Erklärung des Arztes / der Ärztin:

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

Bezeichnung der Krankheit/Beeinträchtigung (optional):

.....
Dauer der Beeinträchtigung: von: bis einschließlich:

Bitte beschreiben Sie Art und Ausmaß der Leistungsminderung:

Dauer der Gesundheitsstörung (bitte ankreuzen):

- Die Gesundheitsstörung ist vorübergehend.
 Die Gesundheitsstörung ist dauerhaft.
 Die Dauer der Gesundheitsstörung ist nicht absehbar.

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor. ja nein
Es handelt sich nicht um Schwankungen in der Tagesform, Examensangst, Prüfungsstress oder Ähnliches. (Dies sind im Sinne der Prüfungsunfähigkeit keine erheblichen Beeinträchtigungen.)

Der Patient / die Patientin ist im o. g. Zeitraum aus meiner medizinischen Sicht für folgende Prüfungsarten prüfungsunfähig:

- mündliche Prüfungen schriftliche Prüfungen

.....
Datum

.....
Praxisstempel und Unterschrift