

Europa-Universität Viadrina Frankfurt (Oder)
Dekanat der Juristischen Fakultät
Prüfungsausschuss für den Studiengang
Rechtswissenschaft
Große Scharrnstraße 59
15230 Frankfurt (Oder)

Antrag auf Rücktritt von der Bachelorarbeit im Rahmen des integrierten Bachelorabschlusses¹

Hiermit beantrage ich

.....
Name

.....
Vorname

.....
Anschrift

.....
E-Mail (euvXXXXXX@europa-uni.de)

.....
Matrikelnummer

.....
aktuelles Fachsemester

den Rücktritt von der Bachelorarbeit.

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

.....
Datum

.....
Unterschrift

Anlage: Prüfungsunfähigkeitsbescheinigung

Hinweis:

Eine Verlängerung der Bearbeitungszeit für die Bachelorarbeit ist grundsätzlich nicht möglich. Der Prüfungsausschuss hat beschlossen, auf die Bachelorarbeit § 44 Nr. 1 SPO 2016 (§ 50 Nr. 1 SPO 2010) analog anzuwenden.

¹ Der Antrag ist unverzüglich im **Dekanat** der Juristischen Fakultät einzureichen. Er wird vom Dekanat an den Prüfungsausschuss weitergeleitet. Unvollständige und unvollständig ausgefüllte Anträge werden nicht bearbeitet!

Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit - Ärztliches Attest -

Zur Vorlage beim Prüfungsausschuss für den Studiengang Rechtswissenschaft, Dekanat der Juristischen Fakultät, Europa-Universität Viadrina, Große Scharrnstr. 59, 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 (optional):

.....

Dauer der Krankheit:

von: bis einschließlich:

Krankheitssymptome / Art der Leistungsminderung:

.....
.....
.....
.....

Die Gesundheitsstörung ist (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.)

.....
Datum

.....
Praxisstempel und Unterschrift