

Antrag auf Anerkennung einer Verhinderung

An das Hochschulprüfungsamt der Universität Trier

Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße, Hausnummer:	Postleitzahl / Wohnort:	Matrikelnummer:
Telefon:	Email:	Versäumte Prüfung (Datum, Prüfungsnummer):

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Anerkennung einer Verhinderung für eine Modulprüfung, ggf. prüfungsrelevante Studienleistung aufgrund einer Erkrankung. Der Nachweis der Erkrankung erfolgt durch das anschließende Attest.

Datum, Unterschrift: _____

Den behandelnden Arzt entbinde ich diesbezüglich von seiner Schweigepflicht.

Datum, Unterschrift: _____

Formular für den Krankheitsnachweis (Attest)

Wenn ein Studierender aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint oder sie abbricht, muss die Erkrankung glaubhaft gemacht werden. Zu diesem Zweck benötigt er ein ärztliches Attest, das es erlaubt, aufgrund der Angaben eines medizinischen Sachverständigen die Rechtsfrage zu beantworten, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Die Beantwortung der Rechtsfrage, ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung den Abbruch der Prüfung oder den Rücktritt von der Prüfung rechtfertigen kann, hat durch die Prüfungsbehörde zu erfolgen. Da es für diese Beurteilung nicht ausreicht und nicht zulässig ist, dass dem Kandidaten „Prüfungsunfähigkeit“ attestiert wird, sind Ausführungen zu den nachstehenden Punkten erforderlich. Studierende sind auf Grund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offen zu legen und hierzu den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden. Dies bedeutet nicht, dass der Arzt die Diagnose bekannt geben muss, sondern die durch die Krankheit hervorgerufenen physischen bzw. psychischen Auswirkungen, sofern deren Bekanntgabe einer erfolgreichen Behandlung nicht abträglich ist. Auf §§ 278, 279 StGB (Ausstellen, Gebrauch unrichtiger Gesundheitszeugnisse) wird hingewiesen.

Erklärung des Arztes: Meine Untersuchung zur Frage der Prüfungsunfähigkeit **der oben genannten Person** hat aus ärztlicher Sicht folgendes ergeben:

Bezeichnung der Krankheit (optional):		
Krankheitssymptome / Art der Leistungsminderung:		
Wichtig: Die angegebenen Beschwerden waren im Rahmen der Untersuchung objektivierbar: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
Untersuchungsdatum:		
Die Gesundheitsstörung ist (bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> dauerhaft (d. h. auf nicht absehbare Zeit) <input type="checkbox"/> vorübergehend		
Dauer der Krankheit (voraussichtlich)	von:	bis einschl.:

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

Datum, Praxisstempel und Unterschrift des Arztes