

## Antrag auf Genehmigung des Rücktritts von Prüfungen in einem der Mathematik-Studiengänge

Sind Sie wegen Krankheit oder aus einem anderen wichtigen Grund daran gehindert, eine Prüfung fristgemäß abzulegen, zu der Sie sich angemeldet haben und zugelassen wurden und von der Sie sich nicht mehr abmelden können oder wollen, müssen Sie mit diesem Formular die Genehmigung des Rücktritts von der Prüfung beantragen. Andernfalls wird die Prüfung als nicht bestanden gewertet; ebenso wenn der Antrag wegen unzureichender Gründe nicht genehmigt wird. Bitte beachten Sie auch das Merkblatt zum Rücktritt von Prüfungen.

Für den Rücktrittsgrund müssen geeignete Nachweise beigelegt werden, im Falle einer Erkrankung ein ärztliches Attest, das die für die Beurteilung der Prüfungsunfähigkeit nötigen medizinischen Befundtatsachen enthält (keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung!). Dazu kann die Rückseite dieses Formulars benutzt werden.

Der Antrag ist unverzüglich beim Prüfungsamt des Mathematischen Instituts (Raum 333, Ernst-Zermelo-Straße 1) abzugeben oder dem Prüfungsamt per E-Mail zuzusenden, im Falle einer Erkrankung spätestens am dritten Tag nach der Prüfung. Der Arztbesuch muss allerdings spätestens am Tag der Prüfung erfolgen.

Matrikelnr.	Vorname	Name
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

  

Studiengang	<input type="checkbox"/>	Zwei-Hauptfächer-Bachelor	<input type="checkbox"/>	Master of Education
	<input type="checkbox"/>	B.Sc. Mathematik	<input type="checkbox"/>	M.Ed. Erweiterungsfach (120 ECTS)
	<input type="checkbox"/>	M.Sc. Mathematik	<input type="checkbox"/>	M.Ed. Erweiterungsfach (90 ECTS)
	<input type="checkbox"/>	Masterstudiengang Lehramt Gymnasium – dual		

Hiermit beantrage ich die Genehmigung des Rücktritts von der Prüfung / den Prüfungen  
im Modul \_\_\_\_\_ über die Lehrveranstaltung \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Grund des Rücktritts (*geeigneter Nachweis ist beizulegen!*):

- ☐ Erkrankung oder gesundheitliche Beeinträchtigung
- ☐ gleichzeitige andere Prüfung
- ☐ Auslandsaufenthalt
- ☐ Sonstiges, bitte erläutern:

<input type="text"/>
<input type="text"/>

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort	Datum (TT.MM.JJJJ)	Unterschrift		

<input type="text"/>	Genehmigt am ____ . ____ . 20 ____ von _____
	Bearbeitet am ____ . ____ . 20 ____ von _____

## Hinweise für den Arzt / die Ärztin

Nach der Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte ist das Vorliegen von Prüfungsunfähigkeit eine Rechtsfrage, die vom Prüfungsausschuss anhand der von dem/der ärztlichen Sachverständigen festgestellten und zugänglich gemachten Befunde zu beantworten ist.

Ihre ärztlichen Tatsachenfeststellungen sind somit die Grundlage für die durch den Prüfungsausschuss erfolgende Beurteilung, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Beschreiben Sie deshalb bitte die Symptome der Erkrankung und die Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit so ausführlich, dass dem Prüfungsausschuss eine Beurteilung ohne Rückfragen ermöglicht wird.

Die Angabe einer Diagnose ist nicht erforderlich. Die Angabe kann in Einzelfällen zweckmäßig sein, wenn damit gleichzeitig auch die Symptome der Erkrankung beschrieben werden. Bitte geben Sie die Diagnose aber nur an, wenn Ihr Patient/Ihre Patientin damit ausdrücklich einverstanden ist.

Die Untersuchung von 



 Vorname 



 Name

am 



 . 



 . 20 



 hat aus ärztlicher Sicht Folgendes ergeben:

Krankheitssymptome / Art der Leistungsbeeinträchtigung:


Bezeichnung der Krankheit (*Angabe nicht erforderlich; bitte nur ausfüllen, wenn der Patient / die Patientin damit einverstanden ist*)


Voraussichtliche Dauer der Beeinträchtigung von 



 . 



 . 20 



 bis 



 . 



 . 20

Aus ärztlicher Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor:

☐ ja ☐ nein

Die Beeinträchtigung ist vorübergehend und nicht dauerhaft:

☐ ja ☐ nein

ggf. ergänzende Bemerkungen:


Praxisstempel:

. 



 . 20

Datum (TT.MM.JJ)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift