



Hochschule
Albstadt-Sigmaringen
Albstadt-Sigmaringen University

**Rücktrittserklärung und
Bescheinigung der
Prüfungsunfähigkeit
(Krankheit)
Weiterbildende Studiengänge**

Diese Seite ist zum Verbleib bei der Studierenden/beim Studierenden bestimmt!

WICHTIGE HINWEISE:

1. Es gilt der Grundsatz: Die Rücktrittserklärung ist unverzüglich nach Eintritt des Rücktrittsgrundes dem Prüfungsamt mitzuteilen. Unverzüglich bedeutet ohne schuldhaftes Zögern, maximal 2 Werktage nach Prüfungstermin.
Sollte Ihnen die Einhaltung dieser Frist **im begründeten Ausnahmefall** nicht möglich sein, wenden Sie sich vorab telefonisch an Ihr zuständiges Prüfungsamt
Albstadt: 07571-732-9203
Sigmaringen: 07571-732-8223
2. Sowohl die eigentliche Rücktrittserklärung als auch der 1. Teil der Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit müssen **von Ihnen vollständig ausgefüllt** und **unterschrieben** sein.
3. Das ärztliche Attest zur Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit (2. Teil) muss **vom Arzt ausgefüllt, unterschrieben** und **mit einem Stempel versehen sein**.
4. **für BAföG-Bezieher:**
Machen Sie sich **vor Abgabe des Antrages** im Prüfungsamt **eine Kopie** des gesamten Antrages (Rücktrittserklärung und Bescheinigung Prüfungsunfähigkeit) für Ihre Unterlagen.
Evtl. benötigen Sie diese zu einem späteren Zeitpunkt bei Rückfragen des BAföG-Amtes.



Name

Vorname

Matrikelnummer

Straße/ Wohnort

Studiengänge

DF

DS

GRC

Ich trete von folgenden Prüfungen zurück:

Prüfungstermin

Prüfungsnummer

Prüfungsfach

Begründung

- **Prüfungsunfähigkeit wegen Krankheit**
 - Ärztliches/amtsärztliches Attest liegt bei
 - Ärztliches/amtsärztliches Attest wird nachgereicht
- **Persönliche Lebensumstände**
- **Benachteiligung bei den äußeren Prüfungsumständen**

Die Rücktrittserklärung ist unverzüglich nach Eintritt des Rücktrittsgrundes der Prüfungsbehörde mitzuteilen. Unverzüglich bedeutet ohne schuldhaftes Zögern maximal 2 Werktage nach Prüfungstermin. Die Rücktrittsgründe sind schriftlich darzulegen und glaubhaft zu machen. Für die Fristberechnung gelten die §§ 187-193 BGB entsprechend.

Ort, Datum

Unterschrift

Entscheidung (vom Prüfungsamt auszufüllen)

Ärztliches/ amtsärztliches Attest zur Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit ist vollständig ausgefüllt, nachvollziehbar und wurde verbucht.

Ärztliches/ amtsärztliches Attest wurde durch das Prüfungsamt weiter geleitet

Datum und Kurzzeichen Sachbearbeiter/in

Genehmigung (vom Prüfungsausschuss-Vorsitzenden auszufüllen)

Ärztliches/ amtsärztliches Attest wurde durch das Prüfungsamt weiter geleitet.

Prüfungsrücktritt wegen Krankheit

wird genehmigt

wird **nicht** genehmigt

Die sonstigen Rücktrittsgründe (persönliche Lebensumstände oder Benachteiligung bei den äußeren Prüfungsumständen)

werden als triftig anerkannt und der Rücktritt genehmigt

werden **nicht** als triftig anerkannt und der Rücktritt **nicht** genehmigt

Begründung

Ort, Datum

Unterschrift Prüfungsausschuss-Vorsitzender

An den Vorsitzenden des zuständigen Prüfungsausschusses

Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit

Wichtiger Hinweis

Der krankheitsbedingte Prüfungsrücktritt ist dem Prüfungsamt unverzüglich, dies bedeutet ohne schuldhaftes Verzögern, **maximal zwei Werktage** nach dem Prüfungstermin, mitzuteilen!

Vom Studierenden auszufüllen:

Name

Vorname

Matrikelnummer

Straße/Wohnort

Zum Zweck der Bescheinigung meiner Prüfungsunfähigkeit entbinde ich meinen behandelnden Arzt von seiner Schweigepflicht

Ort, Datum

Unterschrift

Ärztliches Attest zur Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit

Zur Information des behandelnden Arztes:

Die Entscheidung über die Prüfungsunfähigkeit trifft der Prüfungsausschuss des obengenannten Studiengangs der Hochschule Albstadt-Sigmaringen. Aus dem Gutachten des Arztes müssen daher die Funktionseinschränkungen, die zur Prüfungsunfähigkeit des Studierenden zum genannten Prüfungszeitpunkt geführt haben, derart beschrieben sein, dass auch Laien eine Schlussfolgerung der Prüfungsunfähigkeit treffen können. Datenschutz ist gewährleistet. In Zweifelsfällen kann der Prüfungsausschuss zusätzlich ein amtsärztliches Gutachten einholen.

Vom behandelnden Arzt auszufüllen:

Diagnose/ Grund der Prüfungsunfähigkeit:

Datum und Uhrzeit der Feststellung _____

Hiermit bescheinige ich, dass Herr/ Frau _____

am Prüfungstag _____ zum Zeitpunkt der Prüfung um _____ Uhr

bzw. an den Prüfungstagen vom _____ bis einschließlich _____ Uhr

aufgrund der obigen Diagnose nicht in der Lage war, an der Prüfungsleistung/ den Prüfungsleistungen teilzunehmen.

Ort, Datum

Unterschrift Arzt

Stempel Arzt