



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 Werkzeuge 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

