

Universität Passau
 Prüfungssekretariat

Innstraße 41
 94032 Passau

Ihr Studiengang:	
Version Prüfungsordnung:	

Name		Vorname		Matrikelnummer	
Adresse			E-Mail		
			Telefon		

Antrag auf Anerkennung krankheitsbedingter Prüfungsunfähigkeit

Aufgrund des im Original beigefügten ärztlichen Attestes (**keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung!**) beantrage ich unwiderruflich die Anerkennung einer krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit für folgende Prüfung(en):

Hinweis: Der Nachweis ist möglich durch ein gesondertes Attest oder durch die ärztliche Bestätigung auf der Rückseite dieses Formulars.

Prüfungsnummer	Fach- / Modulbezeichnung	Prüfungsdatum

Bei Anerkennung der krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit wird spätestens zwei Wochen nach Eingang in ihrem Anmeldeportal (Campusportal / HisQis) bei der / den entsprechenden Prüfung(en) der Vermerk „ATT“ (Attest) eingetragen.

Eine erneute Anmeldung zum nächsten Prüfungstermin muss zu den regulären Anmeldefristen über ihr Anmeldeportal (Campusportal / HisQis) erfolgen.

Beachten Sie die Hinweise auf dem Merkblatt „Krankheitsbedingte Prüfungsunfähigkeit“!

Name des/der Patienten/ Patientin		Vorname		Matrikelnummer	
Adresse			E-Mail		
			Telefon		

Ärztliche Erklärung

Es liegt in der **Verantwortung des Prüfungsamtes**, aufgrund Ihrer qualifizierten Angaben die Prüfungsfähigkeit der/des o.g. Studierenden zu beurteilen. Bitte beschreiben Sie hierfür **nicht die Diagnose, sondern die Symptome**, also die durch Krankheit hervorgerufenen körperlichen oder psychischen Auswirkungen, welche zur Beeinträchtigung der Prüfungsfähigkeit führen. Schwankungen in der Tagesform, Examensangst, Prüfungsstress o.ä. sind keine Symptome, welche eine erhebliche Beeinträchtigung begründen.

Studierende sind aufgrund Ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offen zu legen und Sie hierzu erforderlichenfalls auch **von Ihrer Schweigepflicht zu entbinden.**

Ich attestiere folgende Krankheitssymptome und Beeinträchtigungen (bitte für Laien verständlich):

Gesundheitsbeeinträchtigung ist (bitte ankreuzen): dauerhaft, auf nicht absehbare Zeit vorübergehend

Dauer der Krankheitssymptome: von _____ bis einschließlich: _____

Ort, Datum

Praxisstempel und Unterschrift des Arztes