

Antrag auf Feststellung von Prüfungsunfähigkeit / Abgabeverlängerung

zur Vorlage beim Prüfungsausschuss des FB Sozialwesen der Hochschule RheinMain

Nachname:	Vorname:
Matrikelnr.:	Studienbeginn oder Jahrgang:
e-Mail*:	Telefon*:
Studiengang: <input type="checkbox"/> BA Soziale Arbeit <input type="checkbox"/> BA Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (bitte ☒) <input type="checkbox"/> BASA Online <input type="checkbox"/> LLB Recht und Management i. d. Soz. Arbeit <input type="checkbox"/> Bildung in Kindheit und Jugend <input type="checkbox"/> MA Soziale Arbeit und Bildung	

*freiwillige Angabe

Hiermit beantrage ich die Feststellung von Prüfungsunfähigkeit für eine Klausur in folgendem Modul:

Modul- / Prüfungsnr.:	Klausurtermin:	Prüferin / Prüfer:

Hiermit beantrage ich Abgabeverlängerung für eine schriftliche Ausarbeitung in folgendem Modul:

Modul- / Prüfungsnr.:	Abgabetermin: (bei gestaffelten Terminen alle Termine angeben)	Prüferin / Prüfer
<input type="checkbox"/> Gruppenarbeit	Bei Gruppenarbeiten bitte die Namen der anderen Gruppenmitglieder angeben:	

Begründung: Krankheit (ein entsprechendes ärztliches Attest habe ich beigelegt)
 Sonstiges (Bitte ausführliche Begründung angeben und Bescheinigungen beilegen)

Begründung (eventuell Rückseite benutzen):

Ort / Datum: Unterschrift
(Antragstellerin / Antragsteller)

auszufüllen vom Prüfungsausschuss:

Der Antrag wird genehmigt.
 Es wird (bei schriftlichen Ausarbeitungen) eine Verlängerung um _____ Tage gewährt;
 neuer Abgabetermin ist der: _____

Der Antrag wird abgelehnt.

Datum: Unterschrift
(Mitglied des Prüfungsausschusses)

Formular zur Bescheinigung von Prüfungsunfähigkeit (Ärztliches Attest)
zur Vorlage beim Prüfungsausschuss des FB Sozialwesen der Hochschule RheinMain

Erläuterungen für die Ärztin / den Arzt:

Bleibt die/der Studierende dem Prüfungstermin fern, tritt sie/er von der Prüfung zurück oder versäumt sie/er für die Prüfung festgesetzte Fristen, hat sie/er gemäß Nr. 6.2. (5) und (6) der Allgemeinen Prüfungsbestimmungen für Bachelor- wie für Masterstudiengänge unverzüglich dem Prüfungsausschuss schriftlich die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt die/der Studierende ein ärztliches Attest, das es dem Prüfungsausschuss erlaubt, aufgrund Ihrer Angaben als medizinisch sachverständiger Person die Frage zu beantworten, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Nach der Rechtsprechung ist die Frage, ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung den Abbruch der Prüfung oder den Rücktritt von der Prüfung rechtfertigen kann, eine Rechtsfrage, die letztlich und in eigener Verantwortung von der Prüfungsbehörde (Prüfungsausschuss) zu entscheiden ist. Deshalb ist es für diese Beurteilung nicht ausreichend, dass Sie dem Prüfling Prüfungsunfähigkeit attestieren. Sie werden um kurze Ausführungen zu den nachstehenden Punkten gebeten, damit Studierende ihrer Mitwirkungspflicht nachkommen können, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beeinträchtigung offen zulegen und die hierfür erforderlichen Angaben zu machen. Die Diagnose als solche soll nicht bekannt gegeben werden, sondern nur die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen. Dies steht im Einklang mit dem Datenschutz, die Datenerhebung ist gemäß § 20 Abs. 1 Nr. 4a des Hess. Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetzes (HDSIG) zulässig.

Für das Attest bitte die nachfolgenden Angaben machen:

1. Name der untersuchten Person:

Nachname:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Straße und Hausnummer:	PLZ und Wohnort:

2. Erklärung der Ärztin/des Arztes:

Meine heutige Untersuchung zur Frage der Prüfungsunfähigkeit bei o.g. Patient / Patientin hat aus ärztlicher Sicht folgendes ergeben:

Krankheitssymptome / Art der Leistungsminderung:

Examensangst / Prüfungsstress sind ursächlich für die o.g. Krankheitssymptome ja nein

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor ja nein

Die Gesundheitsstörung ist (bitte ☒) dauerhaft, d.h. von nicht absehbarer Zeit vorübergehend

Dauer der Krankheit:

von:	bis einschließlich:
------	---------------------

Zusätzliche Angaben bei Bachelor- oder Masterthesen

Welche Verlängerung wird angesichts des Grades der Leistungsminderung befürwortet?
(z.B. wenn o.g. Patient die Arbeit zumindest eingeschränkt fortsetzen kann)

Praxisstempel:

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____