

Europa-Universität Viadrina Frankfurt (Oder)  
**Prüfungsamt der Juristischen Fakultät**  
Frau Noack, Audimax 009  
Logenstraße 2  
15230 Frankfurt (Oder)

**Antrag auf Anerkennung des Rücktritts wegen Prüfungsunfähigkeit von der Prüfung in den Studiengängen „Magister des Rechts“ sowie „Bachelor/Master of German and Polish Law“<sup>1</sup>**

Hiermit beantrage ich

.....  
Name Vorname

.....  
Anschrift

.....  
E-Mail ([euvXXXXXX@europa-uni.de](mailto:euvXXXXXX@europa-uni.de)) Matrikelnummer

Studiengang:  Magister  Bachelor  Master

den Rücktritt von nachfolgender/nachfolgenden Prüfung/en:<sup>2</sup>

1. Prüfungsnummer: ..... Prüfungsdatum: .....  
Lehrveranstaltung: ..... Modul-Nr. ....
2. Prüfungsnummer: ..... Prüfungsdatum: .....  
Lehrveranstaltung: ..... Modul-Nr. ....
3. Prüfungsnummer: ..... Prüfungsdatum: .....  
Lehrveranstaltung: ..... Modul-Nr. ....

und beantrage die Anerkennung der Prüfungsunfähigkeit.

Die Prüfungsunfähigkeit bestand/besteht vom ..... bis .....  
und wird mittels beigefügter Prüfungsunfähigkeitsbescheinigung nachgewiesen.

.....  
Datum Unterschrift

Anlage: **Prüfungsunfähigkeitsbescheinigung**

<sup>1</sup> Der Antrag ist unverzüglich beim **Prüfungsamt** der Europa-Universität Viadrina einzureichen. Unvollständige und unvollständig ausgefüllte Anträge werden nicht bearbeitet!

<sup>2</sup> Die Prüfungsnummer(n) entnehmen Sie bitte der Anmeldeübersicht im Hisportal.

# Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit - Ärztliches Attest -

Zur Vorlage beim *Prüfungsamt der Europa-Universität Viadrina*, Logenstraße 2, 15230 Frankfurt (Oder).

## Erläuterung für den Arzt/die Ärztin:

1. Studierende sind aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offen zu legen und hierzu erforderlichenfalls den behandelnden Arzt und/oder die behandelnde Ärztin von seiner/ihrer ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden.
2. Eine Bekanntgabe der Diagnose muss nicht erfolgen.
3. Die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen sind anzugeben. Eine generelle Attestierung von Prüfungsunfähigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit ist unzureichend.
4. Das Attest kann auch formlos ausgestellt werden, sofern es die folgenden Punkte enthält.

## 1. Name des untersuchten Patienten / der untersuchten Patientin:

.....  
Name

.....  
Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Anschrift

## 2. Erklärung des Arztes / der Ärztin:

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

### Bezeichnung der Krankheit/Beeinträchtigung (optional):

.....

Dauer der Beeinträchtigung: von: ..... bis einschließlich: .....

### Bitte beschreiben Sie Art und Ausmaß der Leistungsminderung:

.....  
.....  
.....  
.....

### Dauer der Gesundheitsstörung (bitte ankreuzen):

- Die Gesundheitsstörung ist vorübergehend.  
 Die Gesundheitsstörung ist dauerhaft.  
 Die Dauer der Gesundheitsstörung ist nicht absehbar.

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor.  ja  nein  
Es handelt sich nicht um Schwankungen in der Tagesform, Examensangst, Prüfungsstress oder Ähnliches. (Dies sind im Sinne der Prüfungsunfähigkeit keine erheblichen Beeinträchtigungen.)

### Der Patient / die Patientin ist im o. g. Zeitraum aus meiner medizinischen Sicht für folgende Prüfungsarten prüfungsunfähig:

mündliche Prüfungen  schriftliche Prüfungen

Zusätzliche Angabe bei Bachelorarbeiten: Angesichts des Grades der Leistungsminderung befürworte ich eine Verlängerung von ..... Tagen. (Wenn z.B. der/die o. g. Patient/in die Arbeit zumindest eingeschränkt fortsetzen kann, so dass eine Verlängerung über den gesamten Krankheitszeitraum aus Gründen der Chancengleichheit unangemessen ist.)

.....  
Datum

.....  
Praxisstempel und Unterschrift