

Vordruck zur Feststellung von krankheitsbedingter Prüfungsunfähigkeit

*zur Vorlage beim Prüfungsamt des Fachbereichs Mathematik/Informatik/Physik
(Anschrift: Albrechtstr. 28a , 49076 Osnabrück)*

Erläuterungen:

Ein Prüfling, der aus gesundheitlichen Gründen innerhalb einer Woche vor dem Prüfungstermin von einer Prüfung zurücktritt, sie nach Beginn abbricht, sie versäumt oder einen Abgabetermin nicht einhält, hat dies nach der Allgemeinen Prüfungsordnung für Bachelor- und Masterstudiengänge der Universität Osnabrück unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) mitzuteilen und sobald möglich schriftlich anzuzeigen und glaubhaft zu machen. Die Klärung der Rechtsfrage, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt, obliegt dem zuständigen Prüfungsausschuss. Für die Beurteilung reicht es nicht aus, dass der die Ärztin/der Arzt pauschal Prüfungsunfähigkeit attestiert, es müssen kurze Ausführungen zu den nach Punkt 2 erforderlichen Informationen vorliegen. Das Attest unterliegt keiner bestimmten Form. Ihre Ärztin/Ihr Arzt kann diesen Vordruck unter Punkt 2 ausfüllen, alternativ kann diesem Vordruck ein Attest beigefügt werden, aus dem die nach Punkt 2 erforderlichen Informationen hervorgehen.

1. Persönliche Daten (zwingend auszufüllen)	
Nachname:	Vorname:
Straße, Hausnummer:	PLZ, Wohnort:
Geburtsdatum:	Studiengang, Matrikelnummer:
Datum der Prüfung:	Prüfer/in:
Titel der Veranstaltung:	Art der Prüfung: <input type="checkbox"/> mündliche Prüfung <input type="checkbox"/> schriftliche Prüfung <input type="checkbox"/> sonstige Prüfung:

2. Erklärung der Ärztin/des Arztes zur Frage der Prüfungsfähigkeit (entweder ausfüllen oder Attest beifügen, aus dem die nach Punkt 2 erforderlichen Informationen hervorgehen)
<p>a. Es liegen prüfungsrelevante Krankheitssymptome vor, die die psychische und/oder physische Leistungsfähigkeit deutlich einschränken (z.B. Bettlägerigkeit, Fieber, Schmerzen, Konzentrationsstörungen aufgrund der Einnahme von Medikamenten).</p> <p>b. Es handelt sich nicht um Schwankungen in der Tagesform, Prüfungsstress oder Prüfungsangst, die die Leistungsfähigkeit nur unerheblich einschränken. (Hinweis: Prüfungsangst und Prüfungsstress gehören im Allgemeinen zum Risikobereich des Prüflings, es sei denn, dass sie den Grad einer psychischen Erkrankung erreichen).</p> <p>Dauer: von _____ bis voraussichtlich _____</p> <p>Aus ärztlicher Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens entsprechend Punkt 2a vor, so dass die Patientin/der Patient für die o. g. Prüfung aus medizinischer Sicht nicht prüfungsfähig ist. Es handelt sich nicht, wie unter Punkt 2b beschrieben, um eine minimale Einschränkung der Leistungsfähigkeit.</p>
<hr/> Datum, Praxisstempel, Unterschrift Ärztin/Arzt

Application to Determine an Examinee's Incapacity for Examination due to Illness ¹

*For submission to the examinations office of the School of Mathematics/Computer Science/Physics
(Address: Albrechtstr. 28a , 49076 Osnabrück)*

Explanatory Notes:

Any examinee who for reasons of ill health withdraws from a scheduled examination within one week prior to an examination, breaks off an examination after it has started, does not attend an examination, or fails to comply with a submission deadline shall in accordance with the General Examination Regulations for Bachelor's and Master's Programs immediately (i.e. without culpable delay) inform Osnabrück University and as soon as possible thereafter make a statement in writing and provide credible evidence. The respective examination committee is responsible for legal clarification regarding a candidate's fitness to take an examination. For the purposes of the assessment, it is not sufficient for a doctor to make a broad attestation of the candidate's incapacity to take an examination. The doctor shall additionally provide short statements regarding the information required as outlined in point 2. The medical certificate is not subject to any specific form or format. Your doctor may fill in this form under point 2; alternatively, your doctor may attach a medical certificate to this form which contains the information required as outlined in point 2.

2. Personal Data (obligatory)	
Surname:	First Name(s):
Street, House Number:	Postal Code, Town:
Date of Birth:	Degree Program, Student ID Number:
Date of Examination:	Examiner:
Title of Course:	Type of Examination: <input type="checkbox"/> Oral examination: <input type="checkbox"/> Written examination: <input type="checkbox"/> Other examination:

2. Declaration by a medical doctor regarding an examination candidate's fitness to take an examination (either fill in below or attach a medical certificate which contains the information required as outlined in point 2)

a. Symptoms of an illness exist which are relevant to the candidate's fitness to take an examination and which seriously constrain the candidate's mental and/or physical performance (e.g., the candidate is bedridden, suffering from fever, pain, compromised levels of concentration due to medication).

b. The candidate is not suffering from fluctuations in their daily form, examination stress or examination nerves, which do not significantly compromise their performance. (Please note: Examination nerves and examination stress are generally among the challenges the candidate is expected to deal with up to the point at which they become a mental health issue).

Duration: from _____ until (projected) _____

From a medical point of view, there is a significant impairment of the candidate's capabilities in accordance with point 2a. The patient is, therefore, not medically fit for the above-mentioned examination. The patient is **not** suffering from a minimal limitation of their capabilities as described under point 2b.

Date, Practice Stamp, Doctor's Signature

¹The English version of this statement is a translation of the German original for information purposes only. The English version of this application is not legally binding. In cases of conflict, the original (German) version shall prevail.