

## Hinweise zum Prüfungsrücktritt bei Krankheit im Studiengang Master of Education

Sind Sie aufgrund einer Erkrankung gehindert, an einer Prüfung teilzunehmen, und möchten Sie eine Bewertung der Prüfungsleistung mit der Note 5,0 (nicht ausreichend) vermeiden, müssen Sie dem Prüfungsausschuss **unverzüglich** einen schriftlichen Antrag auf Genehmigung des Rücktritts von der Prüfung sowie ein ärztliches Attest, welches Angaben zu den Symptomen der Erkrankung und der daraus resultierenden Leistungsminderung enthält, vorlegen (§ 28 Abs. 1 und 2 der Prüfungsordnung für den Studiengang Master of Education, M.Ed.O.). Liegt beides dem Prüfungsausschuss **spätestens drei Werktage** nach der Prüfung vor, gilt dies als unverzüglich.

Das ärztliche Attest muss Angaben zu den Symptomen der Erkrankung und der daraus resultierenden Leistungsminderung machen. Da die medizinischen Befundtatsachen sich auf den Gesundheitszustand am Tag der Prüfung beziehen müssen, kann ein ärztliches Attest in der Regel nur anerkannt werden, wenn die Untersuchung durch den Arzt/die Ärztin **spätestens am Tag der Prüfung** stattgefunden hat.

Im eigenen Interesse wird empfohlen, das ärztliche Attest selbst zu übermitteln. Es ist auch möglich, den Arzt/die Ärztin von seiner/ihrer Schweigepflicht zu entbinden und ihn/sie zu bitten, das Attest zu übersenden.

Sogenannte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen versetzen den Prüfungsausschuss nicht in die Lage, die Frage der Prüfungsunfähigkeit zu beurteilen, weshalb eine Genehmigung des Rücktritts dann nicht möglich ist.

Prüfungsunfähigkeit kann nur festgestellt werden, wenn Sie aufgrund der Erkrankung in Ihrer Leistungsfähigkeit akut und vorübergehend erheblich beeinträchtigt sind.

Erkrankungen, deren Behebung nicht in absehbarer Zeit erwartet werden kann (Dauerleiden), beeinträchtigen das reguläre Leistungsbild nicht und können nicht zur Feststellung von Prüfungsunfähigkeit führen. Für behinderte oder chronisch kranke Studierende wird auf die Möglichkeit eines Nachteilsausgleichs unter den Voraussetzungen des § 30 M.Sc.O. hingewiesen.

Prüfungsangst/Prüfungsstress berechtigen nicht zur Genehmigung des Prüfungsrücktritts, da diese Belastungen alle Studierenden treffen und zum typischen Prüfungsgeschehen gehören.

## Hinweise für den Arzt/die Ärztin

Nach der Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte ist das Vorliegen von Prüfungsunfähigkeit eine Rechtsfrage, die vom Prüfungsausschuss anhand der von dem/der ärztlichen Sachverständigen festgestellten und zugänglich gemachten Befunde zu beantworten ist.

Ihre ärztlichen Tatsachenfeststellungen sind somit die Grundlage für die durch den Prüfungsausschuss erfolgende Beurteilung, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Beschreiben Sie deshalb bitte die Symptome der Erkrankung und die Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit so ausführlich, dass dem Prüfungsausschuss eine Beurteilung ohne Rückfragen ermöglicht wird.

Die Angabe einer Diagnose ist **nicht erforderlich**. Die Angabe kann in Einzelfällen zweckmäßig sein, wenn damit gleichzeitig auch die Symptome der Erkrankung beschrieben werden. Bitte geben Sie die Diagnose aber nur an, wenn Ihr Patient/Ihre Patientin damit ausdrücklich einverstanden ist.

# Antrag auf Genehmigung eines Prüfungsrücktritts wegen Krankheit zur Vorlage beim Prüfungsausschuss Mathematik des Master-of-Education Studiengangs

einzureichen beim Prüfungsamt des Mathematischen Instituts, Ernst-Zermelo-Straße 1, 79104 Freiburg

## I. Persönliche Angaben der/des Studierenden

Name, Vorname: .....

Studiengang: .....

Zustellungsadresse: .....

## II. Erklärung des Prüfungskandidaten/der Prüfungskandidatin

Wegen Prüfungsunfähigkeit aufgrund einer vorübergehenden Erkrankung beantrage ich hiermit die Genehmigung des Rücktritts von der/den Prüfung(en):

1. .... am: .....

2. .... am: .....

3. .... am: .....

Datum: ..... Unterschrift: .....

## III. Ärztliches Attest

Die Untersuchung von Herrn/Frau ..... am ..... hat aus ärztlicher Sicht Folgendes ergeben:

### Krankheitssymptome/Art der Leistungsbeeinträchtigung:

.....  
.....

**Bezeichnung der Krankheit** (Angabe nicht erforderlich; bitte nur ausfüllen, wenn der Patient/die Patientin damit einverstanden ist)

.....

### Voraussichtliche Dauer der Leistungsbeeinträchtigung:

von ..... bis .....

---

Aus ärztlicher Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor:

ja  nein

Die Beeinträchtigung ist vorübergehend und nicht dauerhaft:

ja  nein

### ggf. ergänzende Bemerkungen:

.....  
.....

---

Datum: .....

Praxisstempel

Unterschrift der Ärztin/des Arztes: .....