



**Antrag auf Rücktritt von einer Prüfung aufgrund von Krankheit
und Anerkennung eines ärztlichen/amtsärztlichen Attestes**

Name, Vorname	Matrikelnummer
---------------	----------------

Diesem Antrag liegt ein ärztliches Attest bei, zum Nachweis der Prüfungsunfähigkeit. Oder ein amtsärztliches Attest, falls bei einer vorherigen Prüfung im selben Modul, bereits ein ärztliches Attest eingereicht wurde.

Modulnummer:	Modulname:
Prüfungsdatum:	Prüfungsversuch:
Modulnummer:	Modulname:
Prüfungsdatum:	Prüfungsversuch:
Modulnummer:	Modulname:
Prüfungsdatum:	Prüfungsversuch:
Modulnummer:	Modulname:
Prüfungsdatum:	Prüfungsversuch:

Ich bitte um Anerkennung der Gründe. Mir ist bekannt, dass dann die Prüfung spätestens im Rahmen der Prüfungstermine des jeweils folgenden Semesters abzulegen ist, wenn kein bestimmter neuer Termin festgesetzt wird. Ich werde mich bei der nächsten Prüfung im HIS QIS anmelden, sofern keine automatische Pflichtmeldung erfolgt.

Die ergänzenden verbindlichen Erläuterungen des PAus zur Vorlage von ärztlichen Attesten habe ich zur Kenntnis genommen.	Datum	Unterschrift Antragsteller*in
--	-------	-------------------------------

Der Antrag ist **zusammen mit dem ärztlichen Attest unverzüglich (max. 3 Werktage)** abzugeben. Die Abgabe erfolgt entweder als Postsendung, als Einwurf in den Briefkasten vor dem Prüfungssekretariat oder als Abgabe persönlich während der Sprechzeiten.

Prüfungssekretariat () Der Antrag wird anerkannt und im System eingetragen	Datum	Prüfungssekretariat
--	-------	---------------------

PA-Vorsitzende(r) () Antrag genehmigt () Antrag nicht genehmigt Begründung:	Datum	PA-Vorsitzende®
--	-------	-----------------