

Vorblatt zum Formular „Rücktritt von Lehrveranstaltungen“

Name: _____ Vorname: _____

Matrikelnummer: _____ Rücktritt für: _____

Bitte beachten Sie bei einem Rücktritt von einer Lehrveranstaltung folgende Punkte:

1. Der **Antrag** und **dieses unterschriebene Formular müssen im Original im Dekanat** eingereicht werden. Rücktritte, die nicht vollständig im Dekanat eingereicht werden, werden nicht anerkannt. Die Anschrift lautet:

Prüfungsverwaltung Fachbereich Medizin
Haus 10A, 2. OG, Raum 211 (Vorklinik) bzw. Raum 202 (Klinik) bzw. Raum 219 (Zahnmedizin ab 4. Sem.)
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt

Zur Fristwahrung können der Antrag und das Vorblatt vorab per Fax (069/6301-5922) oder eingescannt per Mail (Vorklinik: Vorklinik@kgu.de, Klinik: Dekanat.Pruefungen@kgu.de, Zahnmedizin ab 4. Sem.: Dekanat.Zahnmedizin@kgu.de) eingereicht werden. Eine Bearbeitung erfolgt jedoch erst, wenn uns das Original vorliegt.

2. **Zusätzlich** ist ein **amtsärztliches Attest** erforderlich, wenn die Antwort auf eine der folgenden Fragen zu **bejahen** ist:
 - a. Mir wurde bereits bei der Genehmigung eines vorhergehenden Rücktrittes in diesem oder einem anderen Fach die Vorlage eines **amtsärztlichen Attests zur Auflage gemacht**.
 Ja Nein
 - b. Ich werde **im Krankheitszeitraum an Prüfungen teilnehmen bzw. habe teilgenommen**.
 Ja
 Nein. Ich bin für keine Prüfungen im Krankheitszeitraum angemeldet.

Hinweis zu 2b:

Falls Sie an Prüfungen im Krankheitszeitraum teilnehmen, muss aus dem amtsärztlichen Attest hervorgehen, **warum Sie eine Lehrveranstaltung nicht besuchen können (nicht studierfähig), während Sie an Prüfungen teilnehmen können (prüfungsfähig)**. Falls Sie für andere Lehrveranstaltungen im Krankheitszeitraum angemeldet sind, müssen Sie uns einen Nachweis vorlegen, dass Sie einen erlaubten Fehltermin genommen haben oder ebenso einen Rücktritt dafür einreichen.

Sollten Sie versäumen, das amtsärztliche Attest zusätzlich einzureichen oder sollten Sie hier falsche Angaben machen oder an anderen Lehrveranstaltungen im Krankheitszeitraum teilnehmen, führt dies zur **Nichtanerkennung des Rücktritts und zum Nichtbestehen der entsprechenden Lehrveranstaltung**.

3. Über den Rücktritt entscheidet der zuständige Studiendekan.
4. Durch einen Rücktritt kann sich Ihr Studium verlängern. Beachten Sie bitte in diesem Zusammenhang die Befristungen gemäß Studienordnung (§ 29 für Mediziner bzw. § 27 für Zahnmediziner).
5. Die Anerkennung des Rücktritts wird Ihnen per Mail, die Ablehnung per schriftlichem Bescheid mitgeteilt

Datum

Unterschrift

Rücktritt von scheinpflichtigen Lehrveranstaltungen

gemäß § 13 der Studienordnung Medizin bzw. § 10 der Studienordnung Zahnmedizin.
Der Rücktritt ist spätestens am nächsten Werktag im Dekanat zu erklären. Über die
Genehmigung entscheidet der zuständige Studiendekan.

Erläuterung für den Arzt:

Wenn ein/e Studierende/r aus wichtigem Grund eine Lehrveranstaltung versäumt oder von ihr zurücktritt, hat sie/er gemäß der Studienordnung für den Studiengang Medizin dies anzuzeigen und glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt sie/er ein aussagekräftiges Attest, das die Auswirkungen der Krankheit auf die Leistungsfähigkeit zum betreffenden Zeitraum eindeutig beschreibt und es ermöglicht aufgrund Ihrer Angaben als medizinischer Sachverständiger die Rechtsfrage zu beantworten, ob Teilnahmeunfähigkeit vorliegt. Die Beantwortung der Rechtsfrage, ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung den Abbruch der anwesenheitspflichtigen Lehrveranstaltung oder den Rücktritt von der anwesenheitspflichtigen Lehrveranstaltung rechtfertigen kann, ist grundsätzlich nicht Aufgabe des Arztes; dies ist letztlich und in eigener Verantwortung von der Prüfungsbehörde zu entscheiden. Da es für diese Beurteilung nicht ausreicht, dass Sie dem Prüfling Unfähigkeit zur Erbringung der Studienleistung attestieren, werden Sie um kurze Ausführungen zu den nachstehenden Punkten gebeten. Studierende sind auf Grund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung der Studierunfähigkeit ihre Beschwerden offen zu legen und hierzu erforderlichenfalls den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden. Mit der Bitte um Ausfüllen dieses Attestes erklärt die/der Studierende ihre/seine Einwilligung dazu, dass der Arzt der Goethe-Universität die nachstehenden Informationen mitteilt. Dies steht im Einklang mit dem Datenschutz. Nach § 11 Abs. 1 des Hessischen Datenschutzgesetzes (HDSG) dürfen personenbezogene Daten erhoben werden, wenn ihre Kenntnis für die Aufgabenerfüllung der erhebenden Stelle erforderlich ist.
Hinweis: Das Attest kann auch formlos erstellt werden, soweit es die folgenden Punkte enthält.

1. Angaben zur untersuchten Person:

Nachname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Matrikelnummer:
Str., Hausnr.:	PLZ und Wohnort:

2. Attest betrifft folgende Lehrveranstaltung/en:

3. Erklärung des Arztes:

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor.

ja

nein

Es liegen prüfungsrelevante Krankheitssymptome vor, die die Leistungsfähigkeit deutlich einschränken. Es handelt sich dabei nicht um Minderung der Leistungsfähigkeit aufgrund der (bevorstehenden) Prüfungssituation, z.B. Prüfungsangst.

ja

nein

Die Gesundheitsstörung ist (bitte ankreuzen): dauerhaft, d.h. auf nicht absehbare Zeit

vorübergehend

Dauer der Krankheit: von: _____._____._____ bis einschl.: _____._____._____

Datum der Untersuchung _____._____._____

Datum, Praxisstempel und Unterschrift

genehmigt

ja

nein

Datum, Stempel und Unterschrift des Studiendekans