

Vorblatt zum Formular „Rücktritt von Erfolgskontrollen“

Name: _____ Vorname: _____

Matrikelnummer: _____ Rücktritt für: _____

Bitte beachten Sie bei einem Rücktritt von einer Erfolgskontrolle 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. Dies ist meine **letzte Prüfungsmöglichkeit**.

Ja

Nein

- c. Ich werde **im Krankheitszeitraum andere Lehrveranstaltung/en und/oder Prüfungen besuchen bzw. habe sie besucht**.

Ja

Nein. Ich bin für keine anderen Lehrveranstaltungen oder Prüfungen im Krankheitszeitraum angemeldet.

Nein. Ich bin zwar für andere Lehrveranstaltungen oder Prüfungen im Krankheitszeitraum angemeldet, trete aber davon zurück oder nehme erlaubte Fehltermine.

Hinweise zu 2c:

- Falls Sie andere Lehrveranstaltungen im Krankheitszeitraum besuchen, muss aus dem amtsärztlichen Attest hervorgehen, warum Sie **studierfähig aber nicht prüfungsfähig** sind. Falls Sie diese Lehrveranstaltungen nicht besuchen, obwohl Sie dafür angemeldet sind, müssen Sie uns einen Nachweis vorlegen, dass Sie erlaubte Fehltermine genommen haben.
- Falls Sie eine andere Prüfung im Krankheitszeitraum haben, reichen Sie auch dafür bitte einen Rücktritt ein.

Sollten Sie versäumen, das amtsärztliche Attest zusätzlich einzureichen oder sollten Sie hier falsche Angaben machen, führt dies zur **Nichtanerkennung des Rücktritts und zum Nichtbestehen der entsprechenden Prüfung**.

3. Über den Rücktritt entscheidet die Prüfungsverwaltung. In Zweifelsfällen entscheidet der 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

**Formular für die Bescheinigung der
Prüfungsunfähigkeit
(Rücktritt von Erfolgskontrollen)
– Ärztliches Attest –**



Zur Vorlage im Dekanat des Fachbereichs Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main innerhalb von 3 Werktagen nach der Erfolgskontrolle gemäß § 24 der Studienordnung Medizin bzw. § 22 der Studienordnung Zahnmedizin. Über die Genehmigung entscheidet die Prüfungsverwaltung, in Zweifelsfällen die zuständige Studiendekanin oder der zuständige Studiendekan.

Angaben zur untersuchten Person:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Matrikelnummer:	Studiengang:	Adresse:

Erklärung der Ärztin/des Arztes:

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

Es liegen prüfungsrelevante Krankheitssymptome vor, die die Leistungsfähigkeit deutlich einschränken. Es handelt sich dabei nicht um Minderungen der Leistungsfähigkeit aufgrund der (bevorstehenden) Prüfungssituation, z.B. Prüfungsangst. Die Gesundheitsstörung ist nicht dauerhaft, sondern nur vorübergehend.

Der Patient/die Patientin ist für die stattfindende Prüfung:

Datum der Prüfung:	
Art der Prüfung:	<input type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/> praktisch <input type="checkbox"/> sonstige:
Prüfung im Fach:	

aus medizinischer Sicht nicht prüfungsfähig:

am bzw. im Zeitraum von bis:	
------------------------------	--

Welche Verlängerung wird angesichts des Grades der Leistungsminderung befürwortet?

Wochen:	
---------	--

Datum, Praxisstempel und Unterschrift

Erläuterungen für die Ärztin/den Arzt:

Wenn ein/e Studierende/r aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint oder sie abbricht, hat er/sie gemäß Prüfungsordnung dem/r zuständigen Vorsitzenden des Prüfungsausschusses die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt der/die Studierende Ihr ärztliches Attest, das dem/der Vorsitzenden des Prüfungsausschusses erlaubt, aufgrund Ihrer Angaben als medizinischer/m Sachverständiger/n die Rechtsfrage zu beantworten, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Da es für diese Beurteilung nicht ausreicht, dass Sie dem Prüfling pauschal Prüfungsunfähigkeit attestieren, werden Sie um Angaben zu den oben stehenden Punkten gebeten. Mit der Bitte um Ausfüllen dieses Attestes erklärt der/die Studierende seine/ihre Einwilligung dazu, dass Sie dem Prüfungsamt die vorstehenden Informationen mitteilen. Dies geschieht im Einklang mit dem Datenschutzgesetz. Nach § 11 Abs.1 Satz 1 des Hessischen Datenschutzgesetzes (HDBG) dürfen personenbezogene Daten erhoben werden, wenn ihre Kenntnis für die Aufgabenerfüllung der erhebenden Stelle erforderlich ist. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sich Ärzte/innen bei Ausstellung eines unrichtigen Zeugnisses über den Gesundheitszustand eines Menschen zum Gebrauch gegenüber einer Behörde wider besseres Wissens nach § 278 StGB strafbar machen.