

**Europa-Universität Viadrina Frankfurt (Oder)  
Juristische Fakultät/Kulturwissenschaftliche Fakultät**



An die Vorsitzende des Prüfungsausschusses  
für den Bachelorstudiengang Recht und Politik/Politik und Recht

– Bitte im Sekretariat des Dekanats der Juristischen Fakultät, HG 124, einreichen. –

oder an folgende Postadresse senden:

Europa-Universität Viadrina, Prüfungsausschuss für den Studiengang Recht und Politik/  
Politik und Recht, Prof. Dr. Carmen Thiele, Dekanat Juristische Fakultät,  
Große Scharrnstraße 59, 15230 Frankfurt (Oder)

**Antrag auf Anerkennung des Rücktritts von der Prüfung wegen Prüfungsunfähigkeit**

Hiermit erkläre ich

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Matrikel-Nr.: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Uni-E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Das WS \_\_\_\_\_ / SoSe \_\_\_\_\_ ist mein \_\_\_\_\_ Fachsemester.

den Rücktritt von nachfolgender/nachfolgenden Prüfung/en:<sup>1</sup>

1. Prüfungsnummer: ..... Prüfungsdatum: .....

Lehrveranstaltung: .....

2. Prüfungsnummer: ..... Prüfungsdatum: .....

Lehrveranstaltung: .....

3. Prüfungsnummer: ..... Prüfungsdatum: .....

Lehrveranstaltung: .....

und beantrage die Anerkennung der Prüfungsunfähigkeit.

Die Prüfungsunfähigkeit bestand/besteht vom ..... bis .....  
und wird mittels beigefügter Prüfungsunfähigkeitsbescheinigung nachgewiesen.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

**Anlage: Prüfungsunfähigkeitsbescheinigung**

<sup>1</sup> Die Prüfungsnummer(n) entnehmen Sie bitte der Anmeldeübersicht in ViaCampus.

**Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit  
- Ärztliches Attest -**

zur Vorlage beim Prüfungsausschuss für den Bachelorstudiengang Recht und Politik/Politik und Recht

**Erläuterung für den Arzt / die Ärztin:**

1. Studierende sind aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich verpflichtet, einen Nachweis über die jeweils konkrete Prüfungsunfähigkeit beizubringen.
2. Eine Bekanntgabe der Diagnose muss zu diesem Zweck nicht erfolgen.
3. Das Attest kann auch formlos ausgestellt werden, sofern es die folgenden Punkte enthält.

**1. Angaben zu dem/der untersuchten Patienten/Patientin:**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

**2. Erklärung des Arztes / der Ärztin:**

Meine heutige Untersuchung zur Frage der Prüfungsunfähigkeit bei o. g. Patienten /  ja  nein Patientin hat ergeben, dass aus ärztlicher Sicht eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vorliegt, bei der es sich nicht um Schwankungen in der Tagesform, Examensangst, Prüfungsstress oder Ähnliches<sup>1</sup> handelt.

<sup>1</sup>Diese Tatbestände sind im Sinne der Prüfungsunfähigkeit keine erheblichen Beeinträchtigungen.

**Vermögen zur Teilnahme an Prüfungen / Erbringung von Leistungen (bitte ankreuzen):**

| <b>Prüfungsform / Leistung</b>     | <b>möglich</b> | <b>nicht möglich</b> |
|------------------------------------|----------------|----------------------|
| Schriftliche Prüfungen: Klausur    |                |                      |
| Schriftliche Prüfungen: Hausarbeit |                |                      |
| Mündliche Prüfungen                |                |                      |

**Zeitliche Dimension der gesundheitlichen Beeinträchtigung (bitte ankreuzen):**

- Es handelt sich um eine vorübergehende Beeinträchtigung.
- Es handelt sich um eine dauerhafte Beeinträchtigung.
- Die zeitliche Dimension der Beeinträchtigung ist nicht absehbar.

**Voraussichtliche konkrete Dauer der Beeinträchtigung (sofern absehbar):**

Von: ..... bis einschließlich: .....

.....  
Datum

.....  
Praxisstempel und Unterschrift