

Hinweise zum Rücktritt aus gesundheitlichen Gründen nach Antritt zu einer Modulprüfung – Nachweis der Prüfungsunfähigkeit

Den Rücktritt von einer Prüfung regeln die Vorschriften des § 20 Abs. 1 und 2 der Prüfungsordnung des Modellstudiengangs Medizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg in ihrer jeweils gültigen Fassung (siehe: <http://www.uke.de/studium-lehre/modellstudiengang-medizin-i-med/rechtsgrundlagen-formulare/index.html>)

Bei einem krankheitsbedingten Rücktritt nach Antritt zu einer Prüfung gelten folgende Regelungen:

- 1) Der Rücktritt ist **unverzüglich** gegenüber der jeweiligen Prüfungsaufsicht bzw. gegenüber der jeweiligen Prüferin oder dem jeweiligen Prüfer formlos **schriftlich** zu erklären.
- 2) An den Prüfungsausschuss Medizin ist **unverzüglich** ein formloser Antrag zu stellen. Dieser Antrag muss eine Begründung des Rücktritts, die Postanschrift und Matrikelnummer sowie die persönliche, eigenhändige Unterschrift des/der Antragstellenden enthalten. Anträge per E-Mail genügen nicht den Formvorschriften.
- 3) Es ist **unverzüglich** eine Ärztin / ein Arzt aufzusuchen.

An das ärztliche **Attest** sind erhöhte Anforderungen zu stellen. Erforderlich ist ein qualifiziertes ärztliches Attest, welches entsprechend Seite 2 dieses Dokuments Angaben über die von der Erkrankung ausgehende körperliche bzw. psychische Funktionsstörung, die Auswirkungen der Erkrankung auf die Prüfungsfähigkeit des Prüflings aus medizinischer Sicht, den Zeitpunkt der dem Attest zugrunde liegenden Untersuchungen sowie die ärztliche Prognose über die Dauer der Erkrankung enthalten muss. Die oder der Studierende ist verantwortlich dafür, dass alle erforderlichen Angaben von der Ärztin / dem Arzt eingetragen werden. Eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist nicht ausreichend (Beschluss des Prüfungsausschusses Medizin vom 16.09.2014). Das ärztliche **Attest** (gemäß Formular auf Seite 2!) ist **innerhalb von fünf Werktagen** nach dem Prüfungstermin vorzulegen.

Der formloser Antrag an den Prüfungsausschuss Medizin und das Attest sind an folgende Anschrift zu senden oder dort einzureichen:

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Medizinische Fakultät / Prodekanat für Lehre
An den Vorsitzenden des Prüfungsausschusses Medizin
z. Hd. Frau Julia Schreiner (Gebäude N55, 5. OG)
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Wird der Grund für den Rücktritt vom Prüfungsausschuss Medizin anerkannt und der Rücktritt genehmigt, gilt der Versuch als nicht unternommen. Wird die Genehmigung für den Rücktritt nicht erteilt oder unterlässt es die oder der Studierende, den Grund unverzüglich mitzuteilen, so gilt die Prüfung als angetreten und die vorliegende Prüfungsleistung wird bewertet. Liegt keine Prüfungsleistung vor, ist die Prüfung mit „nicht ausreichend“ zu bewerten. Die Entscheidung, ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung den Abbruch der Prüfung oder den Rücktritt von der Prüfung rechtfertigen kann, ist nicht Aufgabe der Ärztin / des Arztes; dies ist ausschließlich vom Prüfungsausschuss zu entscheiden. Dabei sind die in der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze gültig.

Ihnen obliegt die Beweis- und Darlegungslast Ihrer Prüfungsunfähigkeit. Sie können dazu freiwillig Ihre Beschwerden offen legen. Anderenfalls fehlen dem Prüfungsausschuss möglicherweise die Tatsachen, um die Prüfungsunfähigkeit feststellen zu können. Es steht Ihnen frei, der Nennung einer Diagnose durch die Ärztin / den Arzt zuzustimmen. In jedem Fall ist aber Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Verarbeitung der Angaben der Ärztin / des Arztes (siehe umseitiges Formular) erforderlich.

Formular für den Nachweis der Prüfungsunfähigkeit (qualifiziertes ärztliches Attest)

Erläuterungen für die Ärztin bzw. den Arzt:

Studierende, die aus gesundheitlichen Gründen eine Prüfung abbrechen oder nach Beendigung von ihr zurücktreten (jedoch vor Ergebnismitteilung), haben im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht ihre Erkrankung gegenüber dem Prüfungsausschuss der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg schriftlich zu erklären und durch ein qualifiziertes ärztliches Attest glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck wird ein ärztliches Attest benötigt, das es dem Prüfungsausschuss erlaubt, auf Grundlage Ihrer Angaben als medizinische Sachverständige / als medizinischer Sachverständiger die Frage zu klären, ob eine Prüfungsunfähigkeit vorliegt.

Name:		Vorname(n):	
Matrikelnummer:		UKE-E-Mail:	
Modul:		Prüfungsform:	
Tag der Prüfung:		Uhrzeit Prüfungsrücktritt:	

Obligatorische Erklärung der Patientin/des Patienten:

Ich willige ausdrücklich ein, dass die im ärztlichen Attest angegebenen Krankheitssymptome zum Zwecke der Feststellung der Prüfungsunfähigkeit verarbeitet werden.

Ich stimme der Nennung einer Diagnose zu: Ja () Nein () (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Datum, Unterschrift

Erklärung der Ärztin/des Arztes:

Meine am _____ durchgeführte Untersuchung zur Frage einer krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit bei o. g. Patientin/Patienten hat aus ärztlicher Sicht ergeben, dass beim Prüfling aufgrund einer akuten Erkrankung folgende körperliche bzw. psychische Funktionsstörungen vorliegen:

Die benannten Funktionsstörungen wirken sich wie folgt auf das Leistungsvermögen in Hinblick auf die Prüfung aus:

Dauer der Beeinträchtigung: _____ von: _____ bis: _____

Diagnose (optional*): _____

**Eine konkrete Bezeichnung der Krankheit ist möglich, wenn die Ärztin / der Arzt dies für notwendig bzw. sinnvoll erachtet und die Patientin / der Patient der Nennung zustimmt.*

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes und **Praxisstempel**