FH MÜNSTER
University of Applied Sciences

MSB FB Wirtschaft
Münster School of Business

Rücktritt von Modulprüfung/en aufgrund von Krankheit

Nachname Vorname Matrikelnummer

Handy/Telefon E-Mail Studiengang

	Modulbezeichnung	Prüfungsnummer	Prüfungsdatum
1.			
2.			
3.			

Ort, Datum Unterschrift Antragsteller

Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit
(ärztliches Attest)

zur Vorlage beim Prüfungsausschuss des Fachbereichs Wirtschaft der Fachhochschule Münster

Nach § 11 Abs. 2 AT PO (Allgemeiner Teil der Prüfungsordnung für die Bachelor- und Masterstudiengänge an der Fachhochschule Münster) besteht die Möglichkeit von einer Prüfungsleistung zurückzutreten, wenn die Prüfungsleistung infolge Krankheit vor oder während der Prüfung oder aus anderen triftigen Gründen nicht oder nicht rechtzeitig erbracht worden ist.

§ 11 Abs. 2 AT PO „Ein Rücktritt muss unverzüglich erklärt werden. Die für den Rücktritt oder das Versäumnis geltend gemachten Gründe müssen dem Prüfungsausschuss unverzüglich schriftlich angezeigt und glaubhaft gemacht werden. Bei Krankheit der Kandidatin oder des Kandidaten ist unaufgefordert ein Attest beizufügen, das die krankheitsbedingte Prüfungsunfähigkeit (ohne Angaben zu Befundtatsachen oder der Diagnose) bescheinigt. Atteste sind unverzüglich, d.h. grundsätzlich am Tag der Prüfung oder spätestens am Tag nach der Prüfung einzuholen. Sie müssen in der Regel spätestens am dritten Werktag nach dem Prüfungstermin im Original beim zuständigen Prüfungsausschuss vorliegen."

Erläuterung für den Arzt
Wenn ein Studierender aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint, sie abbricht oder nach Beendigung von ihr zurücktritt, hat er gemäß der Prüfungsordnung dem Prüfungsausschuss die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt er ein ärztliches Attest.

Hinweis: Das Attest kann auch formlos erstellt werden, soweit es die nachstehend erbetenen Angaben enthält.

1.) Name der untersuchten Person:

Nachname Vorname Geburtsdatum

2.) Erklärung des Arztes:
Meine heutige Untersuchung hat aus ärztlicher Sicht ergeben, dass die Patientin/der Patient prüfungsunfähig ist.

Dauer der Prüfungsunfähigkeit von _____ bis einschließlich _____

Datum, Praxisstempel und Unterschrift

Postfach 30 20 • D-48016 Münster
Tel.: 0251 83-65506

(Prüfungsamt: Rücktritt im System verbucht: _____)

Stand: 21.09.2022