



Universität Hamburg
DER FORSCHUNG | DER LEHRE | DER BILDUNG

Fakultät
für
Rechtswissenschaft



Fakultät für Rechtswissenschaft
- Prüfungsamt -
Rothenbaumchaussee 33
20148 Hamburg

Eingangsstempel

NACHWEIS DER PRÜFUNGSUNFÄHIGKEIT (ÄRZTLICHES ATTEST) FÜR MODULPRÜFUNGSTERMINE (LL.B.)

Der für den Rücktritt oder das Versäumnis geltend gemachte Grund muss dem Prüfungsausschuss **unverzüglich schriftlich angezeigt und glaubhaft gemacht werden**. Bei Krankheit des Prüflings ist ein **qualifiziertes ärztliches Attest** vorzulegen. **Dieses muss Angaben enthalten über die von der Erkrankung ausgehende körperliche bzw. psychische Funktionsstörung, die Auswirkungen der Erkrankung auf die Prüfungsfähigkeit des Prüflings aus medizinischer Sicht, den Zeitpunkt des dem Attest zugrunde liegenden Untersuchungstermins sowie der ärztlichen Prognose über die Dauer der Erkrankung.** Wird der Grund anerkannt, so wird der nächstmögliche Prüfungstermin festgesetzt. Bereits vollständig erbrachte Teilprüfungsleistungen werden angerechnet. Nach Beendigung einer Prüfungsleistung können Rücktrittsgründe nicht mehr geltend gemacht werden, § 16 Abs. 2 *Rahmenprüfungsordnung der Fakultät für Rechtswissenschaft für Studiengänge mit dem Abschluss Bachelor of Laws (LL.B.) vom 4. Februar 2009 und 8. Juli 2009 (Amtl. Anzeiger 2009, S. 2205) (RPO)*.

Erläuterungen für den Arzt oder die Ärztin:

Studierende, die aus gesundheitlichen Gründen einen Prüfungstermin oder eine Prüfungsfrist versäumen bzw. von einer Prüfung zurücktreten, haben dem Prüfungsamt die Prüfungsunfähigkeit glaubhaft zu machen. Die Entscheidung über die Prüfungsunfähigkeit ist eine Rechtsfrage und vom Prüfungsamt zu treffen. Dazu wird ein ärztliches Attest benötigt, das dem Prüfungsamt ermöglicht, aufgrund der Angaben des oder der medizinischen Sachverständigen, insbesondere zu den Auswirkungen der Krankheit auf das Leistungsvermögen über die Prüfungsunfähigkeit zu entscheiden. Schwankungen der Tagesform, Examensangst, Prüfungsstress u. ä. stellen in der Regel keine erheblichen Beeinträchtigungen dar. **Die Entscheidung der Prüfungsunfähigkeit ist eine Rechtsfrage und ist vom Prüfungsamt zu treffen.**

Ärztliche Atteste sind grundsätzlich kostenpflichtig und werden weder von der jeweiligen Krankenkasse noch von der Universität Hamburg erstattet.

Studierenden obliegt es, an der Feststellung der Prüfungsunfähigkeit mitzuwirken. Die Erhebung der Daten steht im Einklang mit dem Hamburgischen Datenschutzgesetz und wurde mit dem Hamburgischen Datenschutzbeauftragten abgestimmt.

Ihr Arzt kann sich im Prüfungsrecht nicht erfolgreich auf seine Schweigepflicht berufen. In Ihrem Verlangen, ein zur Feststellung Ihrer Prüfungsunfähigkeit durch das Prüfungsamt geeignetes Attest auszustellen, liegt die konkludent erklärte Entbindung des Arztes von der Schweigepflicht hinsichtlich aller dazu erforderlichen Informationen (BVerwG, Beschl. v. 22.6.1993 - 6 B 9.93).

Insofern unterscheidet sich das ärztliche Attest in Prüfungsangelegenheiten, wo der Prüfling den konkreten Nachweis prüfungsrelevanter gesundheitlicher Störungen mit der Hilfe des Arztes begehrt, von der ärztlichen Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit im Erwerbsleben, wo der Schutz des Arbeitnehmers vor Kündigungen Berücksichtigung findet.

Prüfungstermin/e	Prüfungsart
Hiermit erkläre ich den Rücktritt von dem/den o. g. Prüfungstermin/en:	
Hamburg,	
_____	_____
Datum	Unterschrift der/des Studierenden

Angaben zur untersuchten Person	
Nachname, Vorname(n):	_____
Straße, Hausnr.:	_____
PLZ, Wohnort:	_____
Telefon bzw. Handy:	_____
E-Mail-Adresse:	_____
Matrikel-Nr.	_____
Studiengang:	_____

Erklärung des Arztes oder der Ärztin:	
Meine am _____ durchgeführte Untersuchung zur Frage einer krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit bei o. g. Patienten bzw. Patientin hat aus ärztlicher Sicht folgende Diagnose ergeben (Bitte beachten: Schwankungen in der Tagesform, Examensangst, Prüfungsstress u. ä. sind keine erheblichen Beeinträchtigungen.):	
Auswirkungen der Erkrankung auf das Leistungsvermögen im Hinblick auf die Prüfung:	
Dauer der Erkrankung: von: _____ bis: _____	
Hamburg,	
_____	_____
Datum	Unterschrift des Arztes/der Ärztin und Praxisstempel