



**Antrag auf Rücktritt von einer Prüfung der universitären Schwerpunktbereichsprüfung  
aus gesundheitlichen Gründen (§ 39 StPrO)**

Auszufüllen vom/von der Studierenden:

**Hiermit möchte ich**

(Name, Vorname) .....

(Matrikelnummer) .....

(Straße, Nr.) .....

(PLZ Ort) .....

(E-Mail) .....

**aus gesundheitlichen Gründen von der Prüfung**

(Bezeichnung der Prüfung) .....

**bei Herrn/Frau (Prüfer/in)** .....

**am (Datum der Prüfung)** .....

**zurücktreten.**

**Zudem bin ich damit einverstanden, dass die Rechtswissenschaftliche Fakultät meine Gesundheitsdaten verarbeitet, soweit dies zur Prüfung meines Antrags erforderlich ist. Der Inhalt der Vorschriften der § 33 LDSG i.V.m. § 9 HSchulDSV ist mir bekannt.**

(Ort/Datum/Unterschrift) .....

Erläuterungen für den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin:

Ihre ärztlichen Tatsachenfeststellungen sind maßgeblich für die Feststellung der Prüfungsunfähigkeit d. Pat. durch die Prüfungsbehörde. Bitte beschreiben Sie die Gesundheitseinschränkungen d. Pat. so ausführlich wie möglich, damit die Prüfungsfähigkeit d. Pat. durch die Prüfungsbehörde ohne Rückfragen beurteilt werden kann. **Die Beantwortung der Rechtsfrage, ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung den Abbruch der Prüfung oder den Rücktritt von der Prüfung rechtfertigen kann, ist grundsätzlich nicht die Aufgabe des Arztes/der Ärztin. Vielmehr muss die Prüfungsbehörde diese aufgrund den von Ihnen übermittelten Informationen – zu denen d. Pat. seine/ihre Einwilligung erteilt – in eigener Verantwortung beantworten.**

Eine Diagnose als solche muss nicht bekannt geben werden, wenn bereits die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen über die Prüfungsfähigkeit Aufschluss geben. (Die genaue Bezeichnung der Krankheit kann aber zweckmäßig sein, da durch sie offensichtlich gemacht wird, dass die Leistungsfähigkeit d. Pat. erheblich beeinträchtigt ist.)

Beachten Sie auch, dass **unerhebliche Störungen und pathologische Erscheinungen** (bspw. „Prüfungsstress“ oder „Schlaflosigkeit“) sowie dauerhafte oder langwierige **generelle Indispositionen** (bspw. persönlichkeitsbedingte oder konstitutionelle Dauerleiden) für die Beurteilung der Prüfungsfähigkeit unerheblich sind.

Auszufüllen vom behandelnden Arzt/von der behandelnden Ärztin:

**Es wird gebeten, für die Beurteilung der Prüfungsfähigkeit durch die Rechtswissenschaftliche Fakultät folgende Angaben zu machen:**

1. Name, Vorname und genaue Identifikation d. Pat. (Geburtsdatum/-ort):

.....  
.....

2. Wann und durch wen wurde d. Pat. untersucht?

.....  
.....

3. Über welche Gesundheitseinschränkungen hat d. Pat. bei der Untersuchung geklagt?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

4. Welche Befunde haben Sie erhoben?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

5. Wie lange dauert/e die von Ihnen festgestellten Erkrankung an?

Die Krankheit begann am (erster Tag/Datum) .....

und endete am (letzter Tag/Datum) .....

Ort/Datum/Unterschrift .....