

Attest zur Begründung der Studierunfähigkeit
zur Vorlage beim Prüfungsamt bzw. bei der/dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses

Sie haben Ihre Studierunfähigkeit durch ein qualifiziertes ärztliches Attest glaubhaft zu machen.

Matrikelnummer	
Nachname, Vorname	
Straße	
PLZ / Wohnort	
Geburtsdatum	

Studiengang: B.Sc. M.Sc. Studiengangskürzel

Ärztliche Erklärung

Es liegt in der **Verantwortung des Prüfungsamtes**, aufgrund Ihrer qualifizierten Angaben die Studierunfähigkeit der/des o.g. Studierenden zu beurteilen. Bitte beschreiben Sie hierfür **nicht die Diagnose, sondern die Symptome**, also die durch Krankheit hervorgerufenen körperlichen oder psychischen Auswirkungen, welche zur Beeinträchtigung der Studierunfähigkeit führen.

Studierende sind aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung der Studierunfähigkeit ihre Beschwerden offen zu legen und Sie hierzu erforderlichenfalls auch **von Ihrer Schweigepflicht zu entbinden**.

Ich attestiere folgende Krankheitssymptome und Beeinträchtigungen (bitte für Laien verständlich):

Dauer der Studierunfähigkeit: von _____ bis _____

Ort, Datum

Praxisstempel und Unterschrift des Arztes

Certificate justifying the inability to study
for submission to the examination office or to the chairperson of the examination board

You must substantiate your inability to study by means of a qualified medical certificate.

Registration number	
Last name, First name	
Street	
Postcode and town	
Date of birth	

Programme abbreviation (e.g. M_ITE): _____

Medical declaration

It is the responsibility of the **Examinations Office** to assess the above-mentioned student's inability to study on the basis of your qualified statements. **Please do not describe the diagnosis, but the symptoms**, i.e. the physical or **psychological** effects caused by the illness, which lead to the impairment of the inability to study.

Due to their duty to cooperate, students are generally obliged to disclose their complaints in order to determine their inability to study and, if necessary, **to release you from your duty of confidentiality.**

I certify the following symptoms and impairments (please understand in layman's terms):

Duration of the inability to study: from _____ until _____

(Town, Date)

Practice stamp and signature of the doctor