

Anlage C (zu § 12 Absatz 2 PVO)

Antrag auf Rücktritt oder Fristverlängerung aus triftigem Grund von Prüfungen in Bachelor-/ Masterstudiengängen (§ 12 Absatz 2 PVO)

- Zur Vorlage beim Prüfungsamt des Fachbereichs Soziale Arbeit und Gesundheit der Fachhochschule Kiel
- Im Falle der eigenen Erkrankung oder der Erkrankung eines Kindes oder einer oder eines pflegebedürftigen Angehörigen ist dieses Formular zusammen mit dem jeweiligen ärztlichen Attest (Downloadbereich Prüfungsamt) unverzüglich beim Prüfungsamt des Fachbereichs Soziale Arbeit und Gesundheit vorzulegen.
- Bei Vorliegen anderer triftiger Gründe ist dieses Formular zusammen mit einem begründenden Anschreiben der/des Studierenden sowie ggf. entsprechenden Nachweisen unverzüglich beim Prüfungsamt des Fachbereichs Soziale Arbeit und Gesundheit der Fachhochschule Kiel vorzulegen.
- Unverzüglich bedeutet: spätestens bis zum Ablauf des dritten Werktags nach dem Prüfungstermin; Sonn- und Feiertage verlängern die Frist entsprechend.

Bitte alle vom Rücktritt betroffenen Prüfungen auflisten!

Matrikelnummer			
Name, Vorname			
Telefon-Nr.		Email	
Rücktrittsgrund	<input type="checkbox"/> eigene Erkrankung <input type="checkbox"/> Erkrankung Kind/pflegebed. Angehörige/r* <input type="checkbox"/> anderer triftiger Grund		

***Ich versichere hiermit, dass ich mein erkranktes Kind oder meine erkrankte pflegebedürftige Angehörige oder meinen erkrankten pflegebedürftigen Angehörigen selbst betreue oder pflege.**

Hiermit trete ich aus triftigem Grund von folgender Prüfung / folgenden Prüfungen zurück:

Modul-Nr. oder Modulbezeichnung	Titel der Lehrveranstaltung	Art der Prüfungsleistung	Termin	Prüfer	zuständiges Prüfungsamt

Datum, Unterschrift der / des Studierenden

Anlage:	<input type="checkbox"/> Im Krankheitsfall: Attest (Bitte legen Sie dem Arzt den jeweiligen Vordruck der FH Kiel vor.)
	<input type="checkbox"/> bei Vorliegen anderer triftiger Gründe: begründendes Anschreiben der / des Studierenden

(vom Prüfungsamt auszufüllen)

weitergeleitet an das Prüfungsamt:						
Datum/Kürzel						

**Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit
-Ärztliches Attest -**

Zur Vorlage beim Prüfungsamt des Fachbereichs Soziale Arbeit und Gesundheit der Fachhochschule Kiel

Erläuterungen für die Ärztin / den Arzt:

Wenn eine Studierende oder ein Studierender aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint oder sie abbricht, hat sie oder er gemäß Prüfungsordnung der oder dem zuständigen Vorsitzenden des Prüfungsausschusses die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt die Studierende oder der Studierende ein ärztliches Attest, das der oder dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses erlaubt, aufgrund Ihrer Angaben als medizinischer Sachverständigen oder medizinischem Sachverständigen die Rechtsfrage zu beantworten, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Die Beantwortung der Rechtsfrage, ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung den Abbruch der Prüfung oder den Rücktritt von der Prüfung rechtfertigen kann, ist grundsätzlich nicht Aufgabe der Ärztin oder des Arztes; dies ist vielmehr letztlich und in eigener Verantwortung von der Prüfungsbehörde zu entscheiden. Da es für diese Beurteilung nicht ausreicht, dass Sie dem Prüfling pauschal Prüfungsunfähigkeit attestieren, werden Sie um kurze Ausführungen zu den nachstehenden Punkten gebeten. Mit der Bitte um Ausfüllen dieses Attestes erklärt die oder der Studierende seine Einwilligung dazu, dass Sie dem Prüfungsamt die nachstehenden Informationen mitteilen. Dies geschieht im Einklang mit dem Datenschutzgesetz. Der Prüfling kann die Einwilligung verweigern und auch mit Wirkung für die Zukunft widerrufen (§ 12 Abs. 2 Landesdatenschutzgesetz). Jedoch kann dies zur Folge haben, dass kein triftiger Grund im Sinne der Prüfungsordnungen vorliegt und daher die Prüfung für „nicht ausreichend“ erklärt werden kann.

Angaben zur untersuchten Person:

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ	Wohnort

Erklärung der Ärztin oder des Arztes:

Meine heutige Untersuchung zur Frage der Prüfungsunfähigkeit bei o. g. Patientin / Patienten hat aus ärztlicher Sicht folgendes ergeben:

1. Es liegen prüfungsrelevante Krankheitssymptome vor, die die psychische oder physische Leistungsfähigkeit deutlich einschränken, wie z.B. Bettlägerigkeit, Fieber, Schmerzen oder Konzentrationsstörungen aufgrund der Einnahme von Medikamenten.
2. Es handelt sich nicht um Schwankungen in der Tagesform, Prüfungsstress und ähnliches. (Dies sind im Sinne der Prüfungsfähigkeit keine erheblichen Beeinträchtigungen.)

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens gemäß Punkt 1 vor. Ich bestätige ausdrücklich, dass es sich nicht um eine, wie unter Punkt 2 beschriebene minimale Einschränkungen der Leistungsfähigkeit handelt.

Die Patientin / der Patient ist für die am _____ (Datum) stattfindende

mündliche schriftliche sportpraktische sonstige: _____

Prüfung im Fach _____

bzw. in der Zeit vom _____ bis _____ für die in Anlage genannten (Anzahl) Prüfungen aus medizinischer Sicht nicht prüfungsfähig.

Datum, Praxisstempel und Unterschrift

Hinweis für die Studierende / den Studierenden: Das Attest ist zusammen mit dem entsprechenden Antrag auf Rücktritt bzw. Fristverlängerung vorzulegen.

-Ärztliches Attest -
über die Erkrankung eines zu versorgenden Kindes
oder
einer oder eines zu pflegenden Angehörigen

Zur Vorlage beim Prüfungsamt des Fachbereichs Soziale Arbeit und Gesundheit der Fachhochschule Kiel

Die Versorgung eines erkrankten Kindes bzw. einer oder eines zu pflegenden Angehörigen ist gemäß Prüfungsordnung ein triftiger Grund einer Prüfung fern zu bleiben. Als Nachweis wird eine ärztliche Bescheinigung über die festgestellte Erkrankung (des Kindes oder der oder des Angehörigen) zur Vorlage beim zuständigen Prüfungsausschuss benötigt. Für diesen Zweck wird die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt gebeten, folgendes Formular auszufüllen.

Angaben zum Kind oder der zu pflegenden Person:	
Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Angaben zu der erziehungsberechtigten bzw. pflegenden Person:	
Nachname	
Vorname	

Erklärung der Ärztin oder des Arztes:

Datum der Untersuchung _____

Das o. g. Kind oder die o. g. zu pflegende Person bedarf der Betreuung oder Pflege vom _____

bis zum _____.

Die Art der Erkrankung macht eine Betreuung durch die o. g. erziehungsberechtigte bzw. pflegende Person notwendig. In dieser Zeit ist es ihr nicht möglich, die Prüfung zu absolvieren.

Datum, Unterschrift und Praxisstempel

Hinweis für die Studierende oder den Studierenden:

Diese Bescheinigung ist zusammen mit dem entsprechenden Antrag auf Rücktritt bzw. Fristverlängerung vorzulegen. Mit der Bitte um Ausfüllen dieses Formulars erklären Sie Ihre Einwilligung dazu, dass die Ärztin oder der Arzt dem Prüfungsamt die enthaltenen Informationen mitteilt. Dies geschieht im Einklang mit dem Datenschutzgesetz. Sie können die Einwilligung verweigern und auch mit Wirkung für die Zukunft widerrufen (§ 12 Absatz 2 Landesdatenschutzgesetz). Jedoch kann dies zur Folge haben, dass kein triftiger Grund im Sinne der Prüfungsordnungen anerkannt wird und daher die Prüfung für „nicht ausreichend“ erklärt werden kann.