

## Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit – Ärztliches Attest

<b>Von dem*der Studierenden auszufüllen!</b>
Name:
Vorname:
Matrikelnummer:

Erläuterungen für die Ärzt\*innen:

Wenn Studierende aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheinen oder sie abbrechen, sind sie nach den an der Universität Bayreuth geltenden prüfungsrechtlichen Regelungen verpflichtet, diese gegenüber der\*dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigen sie ein ärztliches Attest, das der\*dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses in die Lage versetzt, aufgrund der ärztlichen Angaben die Rechtsfrage zu beantworten, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt.

Hinweis: Das Attest kann auch formlos erstellt werden, soweit es die folgenden Punkte enthält.

### **Erklärung Arzt\*Ärztin:**

Meine heutige Untersuchung zur Frage der Prüfungsunfähigkeit bei o. g. Patient\*in hat aus ärztlicher Sicht ergeben:

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

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens gem. Punk 1 vor, die o.g. Patient\*in daran hindert, seine bzw. ihre wirkliche Befähigung bei der anstehenden Leistungskontrolle nachzuweisen.

Ich bestätige ausdrücklich, dass es sich nicht um eine, wie unter Punkt 2 beschriebene, minimale Einschränkung der Leistungsfähigkeit handelt.

Der\*die Patient\*in ist

(voraussichtlich) von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

aus medizinischer Sicht nicht prüfungsfähig.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt\*Ärztin & Praxisstempel

.....  
Name, Vorname

.....  
Matrikelnummer

.....  
Anschrift

.....  
E-Mail-Adresse

An den

- Bachelorprüfungsausschuss für den Studiengang     Masterprüfungsausschuss     Diplomprüfungsausschuss

.....

an der Universität Bayreuth  
95440 Bayreuth

**Antrag auf Verlängerung der Frist für die Bearbeitung der Abschlussarbeit**

Ich beantrage, die Verlängerung der Frist für die Bearbeitung der

- Bachelorarbeit     Masterarbeit     Diplomarbeit

im Studiengang .....

am Lehrstuhl / Themensteller .....

um ..... Tage    ..... Wochen    ..... Monate

bisher festgelegter Abgabetermin war  
.....

aus folgenden Gründen (ggf. auf Rückseite fortsetzen)  
Hinweis: bei durch ärztlichem Attest nachgewiesener Krankheit ruht die Bearbeitungszeit für die Dauer der Krankheit, in diesem Fall ist die Anhörung des Themenstellers und die Zustimmung des Prüfungsausschusses nicht erforderlich

.....  
Ort, Datum, Unterschrift

Stellungnahme des Themenstellers (ggfs. Bestätigung der o.a. Angaben):

.....  
Datum, Unterschrift

Zustimmung des Prüfungsausschusses

.....  
Datum, Unterschrift