

Attest/Formular für den Krankheitsnachweis zur Vorlage beim Studienbüro des Fachbereichs 03



JOHANNES GUTENBERG
UNIVERSITÄT MAINZ

**B.Sc./Beifach/Anwendungsfach Wirtschaftswissenschaften; M.Sc. Management
B.Sc./M.Sc./M.Ed. Wirtschaftspädagogik; M.Sc. International Economics and Public Policy**

Das Attest kann auch formlos erstellt werden, sofern es alle Angaben dieses Formulars enthält.

Bitte beachten Sie die Informationen zu Fristen und zur Attestform in den beigefügten Hinweisen.

Das Attest (im Original) muss unverzüglich, d.h. spätestens am dritten Werktag nach dem Prüfungstermin im Studienbüro eingereicht werden.

Name, Vorname

Matrikelnummer

Anschrift: Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Studiengang

Von meiner Erkrankung betroffene Prüfungen:

| Datum der Prüfung | Fach | Handelt es sich um eine wiederholte Prüfungsunfähigkeit d.h. sind Sie von dieser Prüfung bereits einmal wegen Prüfungsunfähigkeit zurückgetreten? |
|-------------------|------|---|
| | | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, einmal <input type="checkbox"/> Ja, zwei Mal |
| | | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, einmal <input type="checkbox"/> Ja, zwei Mal |
| | | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, einmal <input type="checkbox"/> Ja, zwei Mal |
| | | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, einmal <input type="checkbox"/> Ja, zwei Mal |

1. Bei erstmaliger Prüfungsunfähigkeit¹: Erklärung durch Ärztin/Arzt/psycholog. Psychotherapeutin/en

Hiermit stelle ich fest, dass die o. g. genannte Patientin/ der o. g. genannte Patient für die o. g. Prüfung/en nicht prüfungsfähig ist.

Die Krankheit besteht:

vorübergehend von: _____ bis (voraussichtlich) einschl.: _____
(bitte konkretes Datum) (bitte konkretes Datum)

Datum

Uhrzeit

Praxisstempel und Unterschrift

2. Bei zweiter Prüfungsunfähigkeit²: Erklärung durch Ärztin/Arzt/psycholog. Psychotherapeutin/en

Meine heutige Untersuchung zur Frage der Prüfungsfähigkeit bei der o. g. Patientin/dem o. g. Patienten hat folgendes ergeben (Krankheitssymptome/Art der Leistungsminderung; keine Diagnose):

(Wichtig: Schwankungen in der Tagesform, Examensangst, Prüfungsstress und ähnliche Erscheinungen sind keine erheblichen Beeinträchtigungen!)

Die Krankheit besteht:

vorübergehend von: _____ bis (voraussichtlich) einschl.: _____
(bitte konkretes Datum) (bitte konkretes Datum)

Datum

Uhrzeit

Praxisstempel und Unterschrift

3. Dritte Prüfungsunfähigkeit³ oder Prüfungsabbruch: Erklärung durch Amtsärztin/Amtsarzt/

Krankenhausärztin/-arzt (nur bei einem stationären Aufenthalt)

(auf eigenem Formular)

¹ Erste Krankmeldung bei einer Klausur

² Zweite Krankmeldung bei der gleichen Klausur

³ Dritte Krankmeldung bei der gleichen Klausur