

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG ÜBER DAS BESTEHEN EINER KANKHEITSBEDINGTEN PRÜFUNGSUNFÄHIGKEIT

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Datum der Untersuchung zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit _____

Der/die Studierende ist wegen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung aus medizinischer Sicht nicht prüfungsfähig in der Zeit

von/am _____ bis _____

Unterschrift des Arztes

Stempel

Hinweis: Die Krankmeldung muss im Original oder per E-Mail spätestens am 3. Werktag nach dem Prüfungstermin beim Prüfungsbüro des BZL eingereicht werden. Zur Feststellung der krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit durch den Arzt / die Ärztin steht dieses Formular zur Verfügung. Es stellt sicher, dass die ärztliche Bescheinigung alle prüfungsrechtlich notwendigen Angaben enthält. Bitte beachten Sie, dass eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung („gelber Schein“) nicht genügt.

vom Studierenden auszufüllen:

Matrikel-Nr. _____ E-Mail _____@uni-bonn.de

Betroffene(s) Fach/Fächer: _____

Hiermit trete ich aufgrund der vom Arzt festgestellten krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit von folgenden Prüfungen zurück:

<i>Datum der Prüfung</i>	<i>Modulname</i>	<i>Prüfungsnummer</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Datum / Unterschrift des Studierenden