



**Diese Seite ist zum Verbleib bei der Studierenden/beim Studierenden bestimmt!**

**WICHTIGE HINWEISE:**

1. Es gilt der Grundsatz: Die Rücktrittserklärung ist unverzüglich nach Eintritt des Rücktrittsgrundes dem Prüfungsamt mitzuteilen. Unverzüglich bedeutet ohne schuldhaftes Zögern, maximal 2 Werktage nach Prüfungstermin.  
Sollte Ihnen die Einhaltung dieser Frist **im begründeten Ausnahmefall** nicht möglich sein, wenden Sie sich vorab telefonisch an Ihr zuständiges Prüfungsamt  
Albstadt: 07571-732-9203  
Sigmaringen: 07571-732-8223
2. Sowohl die eigentliche Rücktrittserklärung als auch der 1. Teil der Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit müssen **von Ihnen vollständig ausgefüllt** und **unterschrieben** sein.
3. Das ärztliche Attest zur Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit (2. Teil) muss **vom Arzt ausgefüllt, unterschrieben** und **mit einem Stempel versehen sein**.
4. **für BAföG-Bezieher:**  
Machen Sie sich **vor Abgabe des Antrages** im Prüfungsamt **eine Kopie** des gesamten Antrages (Rücktrittserklärung und Bescheinigung Prüfungsunfähigkeit) für Ihre Unterlagen.  
Evtl. benötigen Sie diese zu einem späteren Zeitpunkt bei Rückfragen des BAföG-Amtes.



## Rücktrittserklärung und Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit (Krankheit)

Name

Vorname

Matrikelnummer

Straße/ Wohnort

### Bachelor

ANB   
BIA   
BWL   
DTC   
EWM   
ITS   
LEH   
MA   
MPE

PHT   
SBM/FM   
STE   
TEX   
TI   
WIN   
WIW

### Master

BSA/BA   
BMS   
BWM   
DEC   
DPM   
FPD   
MAM   
SE   
TBM   
WIM

### Ich trete von folgenden Prüfungen zurück:

Prüfungstermin

Prüfungsnummer

Prüfungsfach

---



---



---



---

### Begründung

- **Prüfungsunfähigkeit wegen Krankheit** 
  - Ärztliches/amtsärztliches Attest liegt bei
  - Ärztliches/amtsärztliches Attest wird nachgereicht
- **Persönliche Lebensumstände**
- **Benachteiligung bei den äußeren Prüfungsumständen**

Die Rücktrittserklärung ist unverzüglich nach Eintritt des Rücktrittsgrundes der Prüfungsbehörde mitzuteilen. Unverzüglich bedeutet ohne schuldhaftes Zögern maximal 2 Werktage nach Prüfungstermin. Die Rücktrittsgründe sind schriftlich darzulegen und glaubhaft zu machen. Für die Fristberechnung gelten die §§ 187-193 BGB entsprechend.

Ort, Datum

Unterschrift

**Entscheidung** (vom Prüfungsamt auszufüllen)

Ärztliches/ amtsärztliches Attest zur Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit ist vollständig ausgefüllt, nachvollziehbar und wurde verbucht.

Ärztliches/ amtsärztliches Attest wurde durch das Prüfungsamt weitergeleitet

\_\_\_\_\_  
Datum und Kurzzeichen Sachbearbeiter/in

**Genehmigung** (vom Prüfungsausschuss-Vorsitzenden auszufüllen)

Ärztliches/ amtsärztliches Attest wurde durch das Prüfungsamt weitergeleitet.

Prüfungsrücktritt wegen Krankheit

wird genehmigt

wird **nicht** genehmigt

Die sonstigen Rücktrittsgründe (persönliche Lebensumstände oder Benachteiligung bei den äußeren Prüfungsumständen)

werden als triftig anerkannt und der Rücktritt genehmigt

werden **nicht** als triftig anerkannt und der Rücktritt **nicht** genehmigt

**Begründung**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Prüfungsausschuss-Vorsitzender

**Hochschule Albstadt-Sigmaringen**  
Prüfungsamt  
Anton-Günther-Str. 51, 72488 Sigmaringen  
Tel.: 07571/732-8223 oder  
Jakobstraße 6, 72458 Albstadt  
Tel.: 07571/732-9203

**An den Vorsitzenden des zuständigen Prüfungsausschusses**

## **Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit**

### **Wichtiger Hinweis**

Der krankheitsbedingte Prüfungsrücktritt ist dem Prüfungsamt unverzüglich, dies bedeutet ohne schulhaftes Verzögern, **maximal zwei Werktage** nach dem Prüfungstermin, mitzuteilen!

### **Vom Studierenden auszufüllen:**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Matrikelnummer \_\_\_\_\_  
Straße/Wohnort \_\_\_\_\_

**Zum Zweck der Bescheinigung meiner Prüfungsunfähigkeit entbinde ich meinen behandelnden Arzt von seiner Schweigepflicht**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## **Ärztliches Attest zur Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit**

### **Zur Information des behandelnden Arztes:**

Die Entscheidung über die Prüfungsunfähigkeit trifft der Prüfungsausschuss des obengenannten Studiengangs der Hochschule Albstadt-Sigmaringen. Aus dem Gutachten des Arztes müssen daher die Funktionseinschränkungen, die zur Prüfungsunfähigkeit des Studierenden zum genannten Prüfungszeitpunkt geführt haben, derart beschrieben sein, dass auch Laien eine Schlussfolgerung der Prüfungsunfähigkeit treffen können. Datenschutz ist gewährleistet. In Zweifelsfällen kann der Prüfungsausschuss zusätzlich ein amtsärztliches Gutachten einholen.

### **Vom behandelnden Arzt auszufüllen:**

Diagnose/ Grund der Prüfungsunfähigkeit:  
\_\_\_\_\_

Datum und Uhrzeit der Feststellung \_\_\_\_\_

Hiermit bescheinige ich, dass Herr/ Frau \_\_\_\_\_

am Prüfungstag \_\_\_\_\_ zum Zeitpunkt der Prüfung um \_\_\_\_\_ Uhr

bzw. an den Prüfungstagen vom \_\_\_\_\_ bis einschließlich \_\_\_\_\_ Uhr

aufgrund der obigen Diagnose nicht in der Lage war, an der Prüfungsleistung/ den Prüfungsleistungen teilzunehmen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt

\_\_\_\_\_  
Stempel Arzt