

An das
Prüfungsbüro der
Landwirtschaftlichen Fakultät
Prüfungsbüro Masterstudiengang
Geodetic Engineering
Nußallee 17
D-53115 Bonn

Notes for examination office

Eingangsdatum: _____

Attest formal anerkannt

- Ja
- Nein
- in POS gebucht

Sachbearbeiter: _____

Reasons for withdrawing from an examination or not attending an examination according to §24(2) POO of the Faculty of Agriculture of the 'Rheinische Friedrich-Wilhms-Universität' Bonn from September 11, 2017.

Dear Sir / Madam

For not attending the examination I

- NAME: _____
- STREET, NO.: _____
- POST CODE, CITY: _____
- REGISTRATION NO.: _____

submit the following enclosed medical certificate (as evidence).

- Name and No. of examination: _____
- Date of examination: _____

As long as I do not receive any other information from the examination office, I assume that the failed examination will not be graded and that I should attend the next exam.

Date

Signature

ENCLOSURE

Information:

The reason for not attending an examination has to be submitted immediately to the examination office. In case of illness the medical certificate has to be presented not later than 3 days after the date of examination. The medical certificate has to prove the inability to participate in the examination. In individual cases the examination office can insist on submission of a medical certificate of a fiduciary doctor named by the University. It is not the doctor's task to answer the point of law if the mentioned impairment to health can justify not attending the examination. That is the task of the examination office or the examination committee.

According to their duty to collaborate the student has to disclose the health problems towards the doctor (professional medical secrecy). This is in accordance with data protection. The doctor does not have to mention the exact illness but only the physical and mental effect. The medical certificate can also be presented informally, as long as it fully answers all questions presented on the reverse side.

Attest des Arztes/ der Ärztin

Untersuchte Person/ Patient/ Patientin

Name: _____

Straße Nr.: _____

PLZ Ort: _____



Attest zur qualifizierten Begründung der Prüfungsunfähigkeit
Erklärung des Arztes gegenüber der untersuchten Person

Meine heutige Untersuchung zur Frage der Prüfungsunfähigkeit hat bei Ihnen aus ärztlicher Sicht folgende Krankheit oder Behinderung erkennen lassen

1. Art und Umfang der gesundheitlichen Beeinträchtigung

ärztliche Tatsachenfeststellung aufgrund meiner eigenen Wahrnehmung

.....
.....
.....

2. Auswirkung der Erkrankung auf die Prüfung

.....
.....

Krankheitssymptome, Art der Leistungsminderung / der Behinderung / Hinderungen

Die Krankheit wirkt sich auf eine

- Teilnahme an einer Klausur (mindestens 90 und höchstens 240 Minuten) aus?
- mündliche Prüfung (mindestens 15 und höchstens 45 Minuten) aus?

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor

- Ja
- Nein

Ursache für die Krankheitssymptome sind Prüfungsstress oder Examensangst (Schwankungen in der Tagesform, Prüfungsstress oder Examensangst gelten nicht als erhebliche Beeinträchtigungen des Leistungsvermögens)

- Ja
- Nein

3. Dauer der Krankheit

Die Gesundheitsstörung ist

- von voraussichtlicher Dauer von bis
- zeitlich nicht absehbar
- von langer Dauer

Datum

Unterschrift des Arztes / der Ärztin