

Bescheinigung Prüfungsunfähigkeit

zur Vorlage beim Dezernat 4 (Studienbüro/Prüfungsamt)

Von der behandelnden Vertrauensärztin/ dem behandelnden Vertrauensarzt auszufüllen:

Name, Vorname der/des Studierenden: _____

Datum und Uhrzeit der ersten Kontaktaufnahme mit der Praxis: _____

Datum und Uhrzeit der Behandlung: _____

☐ Bei der/ dem Studierenden liegt eine plötzliche akute Leistungsminderung vor, die zur Prüfungsunfähigkeit führt. Die Prüfungsunfähigkeit ist erst während der Prüfung aufgetreten und bestand nicht im Vorfeld.

Dauer der Krankheit bzw. Leistungsminderung: von: _____
bis einschl.: _____

Datum

Praxisstempel und Unterschrift
der Ärztin/des Arztes

Von der/dem Studierenden auszufüllen:

Matrikel-Nr.:	
Fachbereich:	Studiengang:
Prüfung, Prüfungsnummer:	Prüfungsdatum:

Mir ist bekannt, dass die Information über meinen Arztbesuch zur Begleichung der Kosten an das Dezernat für Finanzen und Organisation der HS Bochum übermittelt wird.

Unterschrift Studierende/Studierender