

## Ärztliche Bescheinigung über das Bestehen einer krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit

Hinweis: Eine krankheitsbedingte Prüfungsunfähigkeit liegt vor, wenn die reguläre persönliche Leistungsfähigkeit einer\*ines Studierenden aufgrund einer akuten/vorübergehenden gesundheitlichen Beeinträchtigung erheblich gemindert ist. Dauerhafte Beeinträchtigungen sowie Prüfungsangst und -stress sind nicht als krankheitsbedingte Prüfungsunfähigkeit zu werten.

**Bitte beachten Sie, dass eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung („gelber Schein“) nicht ausreichend ist.**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

ist gemäß ärztlicher Untersuchung vom \_\_\_\_\_ wegen einer akuten/vorübergehenden gesundheitlichen Beeinträchtigung aus medizinischer Sicht nicht prüfungsfähig.

Voraussichtliche Dauer der Prüfungsunfähigkeit: am/vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel, Unterschrift der Ärztin\*des Arztes

### Von der\*dem Studierenden auszufüllen:

Matrikel-Nr.: \_\_\_\_\_

Studiengang:     Pharmazie                       Arzneimittelforschung

E-Mail: \_\_\_\_\_

Hiermit trete ich aufgrund der ärztlich festgestellten krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit von folgender/n Prüfung/en zurück:

Datum der Prüfung	Name	Prüfungs-Nr.
_____	_____	_____
_____	_____	_____

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der\*des Studierenden

**Hinweis:** Die Bescheinigung über die Prüfungsunfähigkeit muss spätestens 1 Woche nach dem Prüfungstermin **im Original** im Sekretariat des Prüfungsausschusses Pharmazie (Frau Wiehlpütz) bzw. des Prüfungsausschusses Arzneimittelforschung (Frau Müller), An der Immenburg 4, 53121 Bonn vorliegen. Bitte nutzen Sie gerne das Postfach im Foyer.

Bitte informieren Sie die\*den Prüfer\*in per E-Mail darüber, dass Sie krankheitsbedingt nicht an der Prüfung teilnehmen können.