

## Hinweise zum Rücktritt von der mündlichen/mündlich-praktischen Prüfung nach Abschluss des Studienabschnitts „Normalfunktion: Gesundheit und Krankheit“ einschließlich Versäumnisfolgen

Den Rücktritt von einem Prüfungsteil der mündlichen/mündlich-praktischen Prüfung nach Abschluss des Studienabschnitts „Normalfunktion: Gesundheit und Krankheit“ regeln die Vorschriften des § 20 der Prüfungsordnung des Modellstudiengangs Medizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg in der jeweils geltenden Fassung (im Folgenden als PO abgekürzt; siehe:

<http://www.uke.de/studium-lehre/modellstudiengang-medizin-imed/rechtsgrundlagen-formulare/index.html>). Danach gilt, dass Prüfungskandidatinnen bzw. Prüfungskandidaten, die nach ihrer Zulassung von einem Prüfungsteil zurücktreten möchten, den Rücktritt **unverzüglich** unter Angabe der dafür verantwortlichen Gründe gegenüber dem Prüfungsausschuss Medizin und Zahnmedizin **schriftlich** mitzuteilen haben. Diese schriftliche Rücktrittsbeurteilung ist – versehen mit Datum und eigenhändiger Unterschrift – an folgende Anschrift zu senden oder über das Sekretariat des Prodekanats für Lehre einzureichen:

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf - Medizinische Fakultät  
An den Vorsitzenden des Prüfungsausschusses Medizin und Zahnmedizin  
z. Hd. Fr. Nadine Barkey oder Fr. Dr. Natalja Mischenin-Blaschke/  
Prodekanat für Lehre/Gebäude N55, 5. OG  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg

Eine E-Mail ersetzt eine schriftliche Rücktrittsbeurteilung nicht.

Das Prodekanat für Lehre sollte darüber hinaus möglichst frühzeitig per E-Mail oder Telefon über den Rücktritt informiert werden.

Kontaktdaten: Nadine Barkey / Natalja Mischenin-Blaschke, Tel.: 040 7410 55664/55958, E-Mail: [pruefung-normalfunktion@uke.de](mailto:pruefung-normalfunktion@uke.de)

Liegen die Gründe für den Rücktritt in einer akuten gesundheitlichen Beeinträchtigung, so ist gemäß § 20 Absatz 3 PO zusätzlich zu der schriftlichen Rücktrittsbeurteilung **unverzüglich** ein **qualifiziertes ärztliches Attest** einzureichen, für das nachstehendes **Formular** verwendet werden sollte. Es muss folgende Angaben enthalten:

- die von der Erkrankung ausgehende körperliche bzw. psychische Funktionsstörung
- die Auswirkungen der Erkrankung auf die Prüfungsfähigkeit der Prüfungskandidatin bzw. des Prüfungskandidaten aus medizinischer Sicht  
(*die Beurteilung der Prüfungsunfähigkeit selbst ist nicht Aufgabe der Ärztin/des Arztes*)
- den Zeitpunkt der dem Attest zugrundeliegenden Untersuchungen
- die ärztliche Prognose über die Dauer der Erkrankung
- *optional*: die Diagnose

Ferner kann die Angabe der für die Beurteilung der Prüfungsunfähigkeit erforderlichen Befundtatsachen angefordert werden.

Die **Genehmigung** des Rücktritts ist nur dann durch den Prüfungsausschuss zu erteilen, wenn ein objektiv wichtiger Grund vorliegt. Die Entscheidung darüber, ob ein wichtiger Grund vorliegt bzw. ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung den Rücktritt von einem Prüfungsteil wegen Prüfungsunfähigkeit rechtfertigen kann, trifft **ausschließlich** der Prüfungsausschuss Medizin und Zahnmedizin.

Wird der Grund für den Rücktritt vom Prüfungsausschuss Medizin und Zahnmedizin anerkannt und der Rücktritt genehmigt, gilt der Versuch als nicht unternommen und der nächstmögliche Prüfungstermin wird ohne erneuten Antrag auf Zulassung bzw. ohne erneute Anmeldung festgesetzt. Wird die

Genehmigung für den Rücktritt **nicht** erteilt oder unterlässt es die oder der Studierende, den Rücktritt in oben beschriebener Form unverzüglich mitzuteilen bzw. die Gründe für ihren oder seinen Rücktritt fristgerecht anzuzeigen und glaubhaft zu machen, so ist der Prüfungsteil **nicht bestanden**.

## Formular für den Nachweis der Prüfungsunfähigkeit (Ärztliches Attest)

### Erläuterungen für die Ärztin bzw. den Arzt:

Prüfungskandidatinnen bzw. Prüfungskandidaten, die aus gesundheitlichen Gründen nicht an einem oder beiden Prüfungsteilen der mündlichen/mündlich-praktischen Prüfung nach Abschluss des Studienabschnitts „Normalfunktion: Gesundheit und Krankheit“ teilnehmen können, haben im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht ihre Erkrankung gegenüber dem Prüfungsausschuss Medizin und Zahnmedizin schriftlich zu erklären und durch ein qualifiziertes ärztliches Attest glaubhaft zu machen.

Zu diesem Zweck wird ein ärztliches Attest benötigt, das es dem Prüfungsausschuss erlaubt, auf Grundlage Ihrer Angaben als medizinische Sachverständige / als medizinischer Sachverständiger die Frage zu klären, ob eine Prüfungsunfähigkeit vorliegt.

<b>Name:</b>		<b>Vorname(n):</b>	
<b>Matrikelnummer:</b>		<b>UKE-E-Mail:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>		<b>Geburtsort:</b>	
<b>Straße, Nr.:</b>		<b>PLZ, Ort:</b>	
<b>Prüfungsteil:</b>		<b>Tag der Prüfung:</b>	

### Obligatorische Erklärung der Patientin/des Patienten:

Ich willige ausdrücklich ein, dass die im ärztlichen Attest angegebenen Krankheitssymptome zum Zwecke der Feststellung der Prüfungsunfähigkeit verarbeitet werden.

Ich stimme der Nennung einer Diagnose zu: Ja (  ) Nein (  ) *(Zutreffendes bitte ankreuzen!)*

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

### NUR VON ÄRZTIN/ARZT AUSZUFÜLLEN!

#### Erklärung der Ärztin/des Arztes:

Meine am \_\_\_\_\_ bei o. g. Patientin/Patienten durchgeführte Untersuchung hat aus ärztlicher Sicht ergeben, dass aufgrund einer akuten Erkrankung folgende **körperliche bzw. psychische Funktionsstörungen** vorliegen:

Die benannten Funktionsstörungen haben folgende konkrete **Auswirkungen auf das Leistungsvermögen** im Hinblick auf die Prüfung:

Dauer der Beeinträchtigung: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Diagnose (optional\*): \_\_\_\_\_

*\*Eine konkrete Bezeichnung der Krankheit ist möglich, wenn die Ärztin/der Arzt dies für notwendig bzw. sinnvoll erachtet und die Patientin/der Patient der Nennung explizit zustimmt (s.o.).*

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin/des Arztes und **Praxisstempel**