



**Prüfungsausschuss der  
Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät**

Europa-Universität Viadrina Frankfurt (Oder)  
Große Scharrnstraße 59  
Hauptgebäude, Raum 223  
15230 Frankfurt (Oder)

**Antrag auf Verlängerung der Bearbeitungszeit der Abschlussarbeit  
im Fall von Prüfungsunfähigkeit<sup>1</sup>**

Hiermit beantrage ich

.....  
Name

.....  
Vorname

.....  
Anschrift

.....  
E-Mail (*euvXXXXXX@europa-uni.de*)

.....  
Matrikelnummer

.....  
Studiengang

die Verlängerung der Bearbeitungszeit der .....

Die Prüfungsunfähigkeit bestand / besteht vom ..... bis .....  
und wird mittels beigefügter (amts-)ärztlicher Prüfungsunfähigkeitsbescheinigung<sup>2</sup>  
nachgewiesen.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Antragsteller:in

**Anlage: (amts-)ärztliche Prüfungsunfähigkeitsbescheinigung (zwingend erforderlich!)**

----- nur vom Prüfungsausschuss auszufüllen! -----

Alter Abgabetermin: .....

Neuer Abgabetermin: .....

.....  
Stempel, Datum und Unterschrift

<sup>1</sup> Der Antrag ist unverzüglich im Original beim zuständigen **Prüfungsausschuss** der  
Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Europa-Universität Viadrina Frankfurt (Oder) einzureichen.  
Unvollständige und unvollständig ausgefüllte Anträge werden nicht bearbeitet!

<sup>2</sup> Die Vorlage einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung eines Arztes/ einer Ärztin ist hierfür nicht  
ausreichend. Es ist zwingend ein (Amts-)Arzt/ eine (Amts-)Ärztin aufzusuchen, die eine  
entsprechende Prüfungsunfähigkeitsbescheinigung ausstellt.

# Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit - (Amts-)Ärztliches Attest -

Zur Vorlage beim zuständigen Prüfungsausschuss der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Europa-Universität Viadrina Frankfurt (Oder), Große Scharrnstraße 59, 15230 Frankfurt (Oder).

## Erläuterung für den (Amts-)Arzt / die (Amts-)Ärztin:

1. Studierende sind aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offen zu legen und hierzu erforderlichenfalls den behandelnden (Amts-)Arzt und/oder die behandelnde (Amts-)Ärztin von seiner/ihrer ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden.
2. Eine Bekanntgabe der Diagnose muss nicht erfolgen.
3. Die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen sind anzugeben. Eine generelle Attestierung von Prüfungsunfähigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit ist unzureichend.
4. Das Attest kann auch formlos ausgestellt werden, sofern es die folgenden Punkte enthält.

## 1. Name des untersuchten Patienten / der untersuchten Patientin:

.....  
Name

.....  
Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Anschrift

## 2. Erklärung des (Amts-)Arztes / der (Amts-)Ärztin:

Meine heutige Untersuchung zur Frage der Prüfungsunfähigkeit bei o. g. Patienten / Patientin hat aus ärztlicher Sicht Folgendes ergeben:

### Bezeichnung der Krankheit (optional):

### Krankheitssymptome / Art der Leistungsminderung:

### Die Gesundheitsstörung ist (bitte ankreuzen):

dauerhaft

vorübergehend, d.h. auf absehbare Zeit

### Dauer der Krankheit:

vom ..... bis einschließlich .....

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor.  ja  nein  
Es handelt sich nicht um Schwankungen in der Tagesform, Examensangst, Prüfungsstress oder Ähnliches. (Dies sind im Sinne der Prüfungsunfähigkeit keine erheblichen Beeinträchtigungen.)

Der Patient / die Patientin ist im o. g. Zeitraum aus meiner medizinischen Sicht für folgende Prüfungsarten prüfungsunfähig:

mündliche Prüfungen

schriftliche Prüfungen

### Zusätzliche Angabe bei Abschluss-, Studien-, Projekt-, Seminar- oder Hausarbeiten:

Welche Verlängerung wird angesichts des Grades der Leistungsminderung befürwortet? ..... Tage  
(z. B. wenn der o. g. Patient oder die o. g. Patientin die Arbeit zumindest eingeschränkt fortsetzen kann, so dass eine Verlängerung über den gesamten Krankheitszeitraum aus Gründen der Chancengleichheit unangemessen ist.)

.....  
Datum

.....  
Stempel und Unterschrift (Amts-)Arzt/(Amts-)Ärztin