



MERKBLATT

zum Rücktritt/Versäumnis von Leistungskontrollen

Veröffentlicht am: 01.04.2019

Gültig ab: 01.04.2019

Gemäß § 26 Abs. 2 der Studienordnung für den Studiengang Medizin an der Universität Leipzig (SO) vom 08.05.2012, zuletzt geändert am 02.09.2014, ist ein Prüfungsrücktritt nur zu genehmigen, wenn der Studierende **unverzüglich** schriftlich einen **triftigen Grund** geltend macht. Triftige Gründe können u. a. Krankheit, Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger, Todesfall naher Angehöriger oder Inanspruchnahme von Schutzzeiten sein und sind außer im Krankheitsfall (s. u.) gegenüber dem Referat Lehre/Prüfungsamt **nachweispflichtig**.

Im Krankheitsfall:

Im Falle eines **krankheitsbedingten Rücktritts von einer Leistungskontrolle** ist eine ärztliche Bescheinigung, in der Regel die **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung** eines Vertragsarztes, nachzuweisen.

Der krankheitsbedingte Rücktritt ist bei den Lehrbeauftragten der einzelnen Fachgebiete (siehe auch: Semesterführer), in denen Sie Leistungskontrollen und teilnahmepflichtige Lehrveranstaltungen versäumen, unverzüglich einzureichen. In Zweifelsfällen kann ein ärztliches Attest (siehe Muster Anlage 1) verlangt werden.

Grundsätzlich bedeutet „unverzüglich“ ohne schuldhaftes Zögern und ist gewahrt, wenn der **Nachweis über den Rücktrittsgrund** bei der verantwortlichen Lehrkraft **innerhalb von drei Werktagen*** eingeht. Die **Frist** beginnt am Tag nach der Leistungskontrolle.

gez.
Oliver Gotthold
Verwaltungsdirektor

gez.
Prof. Dr. Meixensberger
Studiendekan

gez.
Astrid Ilgenstein
Leitung Referat Lehre

* **Definition Werktag:** Montag bis Samstag gelten als Werktag, sofern er nicht auf einen bundeseinheitlichen gesetzlichen Feiertag oder einen solchen des Freistaates Sachsen fällt.



- Zur Vorlage beim Lehrbeauftragten bzw. Referat Lehre -

Erläuterung für die Ärztin bzw. den Arzt:

Wenn ein Studierender aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint, sie abbricht oder von ihr zurücktritt, hat er gemäß der Prüfungsordnung dem Prüfungsausschuss bzw. Prüfungsamt die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt er ein ärztliches Attest, das es dem Prüfungsausschuss bzw. Prüfungsamt erlaubt aufgrund Ihrer Angaben die Rechtsfrage zu beantworten, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Die Beantwortung der Rechtsfrage, ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung den Abbruch der Prüfung oder den Rücktritt von der Prüfung rechtfertigen kann, ist grundsätzlich nicht Aufgabe des Arztes; dies ist vielmehr letztlich und in eigener Verantwortung vom Prüfungsausschuss bzw. Prüfungsamt zu entscheiden. Da es für diese Beurteilung nicht ausreicht, dass Sie dem Prüfling Prüfungsunfähigkeit attestieren, werden Sie um kurze Ausführungen zu den nachstehenden Punkten gebeten. Studierende sind aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offenzulegen und hierzu erforderlichenfalls den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden. Dies bedeutet nicht, dass der Arzt die Diagnose als solche bekannt geben muss, sondern nur die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen. Dies steht im Einklang mit dem Datenschutzgesetz. Nach § 12 Abs.1 SächsDSG dürfen personenbezogene Daten erhoben werden, wenn ihre Kenntnis für die Aufgabenerfüllung der erhebenden Stelle erforderlich ist.

Hinweis: Das Attest kann auch formlos erstellt werden, soweit es die folgenden Punkte enthält.

1. Angaben zur untersuchten Person: (Vom Studierenden auszufüllen)

.....
Name, Vorname

.....
Matr.-Nr.

Rücktrittersuchen für folgende Veranstaltung:

2. Ärztliche Bescheinigung im Krankheitsfall, § 26 Studienordnung Medizin

Meine am vorgenommene Untersuchung ergab aus ärztlicher Sicht die

a) folgenden Krankheitssymptome:

.....
.....

b) die folgenden Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit:

.....
.....

Dauer der Erkrankung: von: bis:

Die **Gesundheitsstörung** ist dauerhaft/nicht absehbare Zeit **oder** vorübergehend.

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine **erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens** vor: ja nein

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Ärztin bzw. des Arztes

.....
(Praxisstempel)