

Philipps-Universität Marburg  
 Fachbereich Mathematik und Informatik  
 Prüfungsbüro (Examination Office)  
 Hans Meerwein Straße  
 35032 Marburg

### Application for withdrawal from examinations

Surname:

Given name:

Matriculation no.:

e-mail address:

Please note:  
 The reasons given for withdrawing from an examination must be notified to the Examination Office in writing without delay and must be satisfactorily shown.  
 Your application must be submitted to the Examination Office no later than the third working day after the earliest examination date.  
 Incomplete applications cannot be processed!

I apply for withdrawal from the following examination(s):

	Module name(s)	Exam date(s)	Examination number(s), if known
1.	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
2.	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
3.	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>

Subject:	<input type="checkbox"/> Data Science	<input type="checkbox"/> Computer Science	<input type="checkbox"/> Mathematics
	<input type="checkbox"/> Business Informatics	<input type="checkbox"/> Business Mathematics	
	<input type="checkbox"/> Other, please specify: <input style="width: 100%;" type="text"/>		
Degree:	<input type="checkbox"/> Bachelor	<input type="checkbox"/> Master	
	<input type="checkbox"/> Other, please specify: <input style="width: 100%;" type="text"/>		
Examination period:	<input type="checkbox"/> WiSe	<input type="checkbox"/> SoSe	

**Reason:**

- For health reasons (see overleaf)
- For serious personal reasons (e.g., death of a close relative).  
In this case, a detailed reason with evidences must be enclosed.

Date:  Signature:

Applicant

**Form for the certificate of inability to take the exam**  
**- Medical certificate -**

For submission to Prüfungsbüro des Fachbereichs Mathematik und Informatik der Philipps-Universität Marburg  
(Address: Hans Meerwein Straße, 35032 Marburg).

**Explanation for the doctor:**

If a student does not appear for an examination for health reasons, breaks it off or withdraws from it after completion, they must provide credible evidence of their illness in accordance with the examination regulations. For this purpose, they require a medical certificate which allows the responsible examination board to answer the legal question of whether they are unfit to take an examination based on the information provided by you as a medical expert. As it is not sufficient for this assessment that you certify that the candidate is unable to take the examination or unable to work, you are requested to provide brief explanations on the following points. Due to their duty to cooperate, students are generally obliged to disclose their health problems in order to prove their inability to take an examination and, if necessary, to release the doctor treating them from their medical confidentiality. This does not mean that you have to disclose the diagnosis as such, but only the physical or psychological effects caused by the illness.

**1. Personal data of the patient**

Surname:

Given name:

Date of birth:

**2. Statement by the doctor:**

My examination today on the question of the above-mentioned patient's inability to take examinations has revealed the following from a medical point of view:

Disease name (optional):

Duration from:

to:

The following applies to the health disorder (please mark with a cross):

- There are symptoms of illness relevant to the examination that significantly restrict mental and/or physical performance, such as bedriddenness, fever, pain, concentration problems due to taking medication.
- For serious personal reasons (e.g., death of a close relative).  
Proof/detailed reason must be provided.

**These are not fluctuations in daily form, exam stress and the like.**  
**(These are not significant impairments in terms of inability to take exams).**

In my medical opinion, the patient is unfit for the following types of exams during the above-mentioned period:     oral exam     written exam

**Additional information for final theses and project work (only in Bachelor's and Master's degree programs):**

Which extension is recommended in view of the degree of reduction in performance?

Number of weeks:

(e.g., if the above-mentioned patient is able to continue working, at least to a limited extent, so that an extension over the entire period of illness is inappropriate for reasons of equal opportunities)

-----  
Date

-----  
Medical practice stamp

-----  
Signature of the doctor

# Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit

## - Ärztliches Attest -

Zur Vorlage beim Prüfungsbüro des Fachbereichs Mathematik und Informatik der Philipps-Universität Marburg  
(Anschrift: Hans Meerwein Straße, 35032 Marburg).

### Erläuterung für den Arzt:

Wenn ein Studierender aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint, sie abbricht oder nach Beendigung von dieser zurücktritt, hat er gemäß der Prüfungsordnung die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt er ein ärztliches Attest, welches dem zuständigen Prüfungsausschuss erlaubt, aufgrund Ihrer Angaben als medizinischer Sachverständiger die Rechtsfrage zu beantworten, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Da es für diese Beurteilung nicht ausreicht, dass Sie dem Prüfling Prüfungsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit 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 offen zu legen und hierzu erforderlichenfalls den behandelnden Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden. Dies bedeutet nicht, dass Sie die Diagnose als solche bekannt geben müssen, sondern nur die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen.

### 1. Personalien des Patienten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

### 2. Erklärung des Arztes:

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

Bezeichnung der Krankheit  
(optional):

Dauer von:  bis:

Für die Gesundheitsstörung gilt (bitte ankreuzen):

- Es liegen prüfungsrelevante Krankheitssymptome vor, die die psychische und/oder physische Leistungsfähigkeit deutlich einschränken, wie z.B. Bettlägerigkeit, Fieber, Schmerzen, Konzentrationsstörungen aufgrund der Einnahme von Medikamenten.
- Aus schwerwiegenden persönlichen Gründen (z. B. Todesfall eines nahen Angehörigen). Ein Nachweis/ausführliche Begründung ist mitzuliefern.

**Es handelt sich nicht um Schwankungen in der Tagesform, Prüfungsstress und ähnliches.**  
**(Dies sind im Sinne der Prüfungsunfähigkeit keine erheblichen Beeinträchtigungen).**

Der/Die Patient/in ist im oben genannten Zeitraum aus meiner medizinischen Sicht für folgende Prüfungsarten prüfungsunfähig:  mündliche Prüfungen  schriftliche Prüfungen

**Zusätzliche Angabe bei Abschluss- und Projektarbeiten (nur in Bachelor- und Masterstudiengängen):**

Welche Verlängerung wird angesichts des Grades der Leistungsminderung befürwortet?

Anzahl Wochen:

(z. B. wenn o. g. Patient die Arbeit zumindest eingeschränkt fortsetzen kann, so dass eine Verlängerung über den gesamten Krankheitszeitraum aus Gründen der Chancengleichheit unangemessen ist)

-----  
Datum

Praxisstempel

-----  
Unterschrift Arzt/Ärztin