

# 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: [Website](#)). Danach gilt, dass Prüfungskandidat:inn:en, die von einem Prüfungsteil zurücktreten möchten, den Rücktritt unverzüglich unter Angabe der dafür verantwortlichen Gründe gegenüber der/dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses Medizin und Zahnmedizin schriftlich mitzuteilen haben. Diese schriftliche Rücktrittsbegründung 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/Prodekanat für Lehre  
An den Vorsitzenden des Prüfungsausschusses Medizin und Zahnmedizin  
z. Hd. Nadine Barkey/Dr. Natalja Mischenin-Blaschke (Gebäude N55, 5. OG)  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg

Eine E-Mail ersetzt eine schriftliche Rücktrittsbegründung nicht.

Das Prodekanat für Lehre sollte darüber hinaus möglichst frühzeitig per E-Mail oder Telefon über den Rücktritt informiert werden. **Kontaktdaten:** Nadine Barkey/Dr. 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 Abs. 3 PO zusätzlich zu der schriftl. Rücktrittsbegründung **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 des/der Prüfungskandidat:in 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

Die **Genehmigung** des Rücktritts ist nur dann durch den/die Vorsitzende:n des Prüfungsausschusses 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/die Vorsitzende des Prüfungsausschusses Medizin und Zahnmedizin**.

Wird der Grund für den Rücktritt von dem/der Vorsitzenden des Prüfungsausschusses 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/der Studierende, den Rücktritt in oben beschriebener Form unverzüglich mitzuteilen bzw. die Gründe für ihren/seinen Rücktritt fristgerecht anzuzeigen und glaubhaft zu machen, so ist der Prüfungsteil **nicht bestanden**.

## Formular für den Nachweis der Prüfungsunfähigkeit (qualifiziertes ärztliches Attest)

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

Prüfungskandidat:innen, die aus gesundheitlichen Gründen nicht an einem Prüfungstermin teilnehmen können und ihren Rücktritt erklären möchten, müssen u.a. ihre Erkrankung gegenüber dem:r Prüfungsausschussvorsitzenden durch ein ärztliches Attest glaubhaft machen. Hierfür wird ein qualifiziertes ärztliches Attest benötigt. Auf Grundlage Ihrer Angaben als medizinische:r Sachverständige:r stellt dann die/der Prüfungsausschussvorsitzende fest, ob Prüfungsunfähigkeit als Rücktrittsgrund anerkannt werden kann.

Name:	_____	Vorname(n):	_____
Matrikel-Nr.:	_____	UKE-E-Mail::	_____
Geb.-Datum:	_____	Geburtsort:	_____
Prüfungsteil:	_____	Tag der Prüfung:	_____

### Obligatorische Erklärung der Patientin bzw. des Patienten:

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

Ich stimme darüber hinaus der Nennung einer Diagnose zu:
 Ja ☐
Nein ☐

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Datum	Unterschrift der Patientin/des Patienten
-------	--

### Erklärung der Ärztin bzw. des Arztes:

Meine am \_\_\_\_\_ durchgeführte Untersuchung zur Frage einer krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit bei o. g. Patientin/Patienten hat aus ärztlicher Sicht ergeben, dass bei der geprüften Person aufgrund einer akuten Erkrankung folgende körperliche bzw. psychische Funktionsstörungen vorliegen:

Die benannten Funktionsstörungen wirken sich wie folgt auf das Leistungsvermögen in Hinblick auf die Prüfung aus:

Dauer der Beeinträchtigung  
(von/bis)

Diagnose\*

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

Ort, Datum	Unterschrift der Ärztin/des Arztes und Praxisstempel
------------	--