

**Rücktrittserklärung wegen krankheitsbedingter Prüfungsunfähigkeit und ärztliches Attest
(gem. Anlage 4a der Prüfungsordnung)**

Angaben der/des Studierenden:

Nachname:	Vorname:
Geburtsdatum:	E-Mail-Adresse:
Telefonnummer:	Matrikelnummer:
Studiengang:	

Betroffene Prüfung:

Modul/Prüfung:	Form der Prüfung:
	<input type="checkbox"/> Klausur
	<input type="checkbox"/> mündliche Prüfung
	<input type="checkbox"/> _____
Prüferin/Prüfer:	Prüfungstermin:

Erklärung der/des Studierenden:

1. Hiermit erkläre ich meinen Rücktritt von der o.g. Prüfung.
2. Die Datenschutzhinweise auf Seite 3 dieses Formulars habe ich zur Kenntnis genommen und auch meiner behandelnden Ärztin/meinem behandelnden Arzt zur Kenntnis gegeben.
3. Meine behandelnde Ärztin/mein behandelnder Arzt wird hiermit von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden und ermächtigt, relevante Informationen im Zusammenhang dieses Antrags an die Leibniz Universität weiterzugeben.

Ort, Datum

Unterschrift

Erläuterung für die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt:

Wenn Studierende aus gesundheitlichen Gründen eine Prüfung versäumen oder von ihr zurücktreten, haben sie ihre krankheitsbedingte Prüfungsunfähigkeit glaubhaft zu machen. Dazu benötigen die Studierenden ein ärztliches Attest, das dem Prüfungsausschuss ermöglicht, aufgrund Ihrer Angaben als medizinischer Sachverständiger die Rechtsfrage zu beantworten, ob eine krankheitsbedingte Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Dies erfordert Aussagen zu folgenden Punkten in dem ärztlichen Attest:

1. Den gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Prüflings und
2. den sich daraus ergebenden Einschränkungen des Prüflings im Hinblick auf die betroffene Prüfung.

Bitte beachten:

Eine Diagnose wird explizit nicht abgefragt!

Die pauschale Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit oder Prüfungsunfähigkeit ist nicht ausreichend.

Dieses Formular ist nur ein Muster. Das Attest kann auch formlos erstellt werden, soweit es die beiden oben genannten Punkte erhält.

Erklärung der Ärztin/des Arztes:

1. Meine heutige Untersuchung der o. g. Patientin/des o.g. Patienten hat aus ärztlicher Sicht ergeben, dass folgende gesundheitliche Beeinträchtigungen (z. B. eingeschränkte Motorik der Hand – die Diagnose selbst braucht nicht genannt zu werden) und sich daraus ergebende Einschränkungen im Hinblick auf die betroffene Prüfung vorliegen:

2. Die Gesundheitsstörung ist (bitte ankreuzen!)

auf Prüfungsstress zurückzuführen dauerhaft, d.h. auf nicht absehbare Zeit vorübergehend

3. Dauer der Krankheit:

von: _____ bis: _____

4. Die nachstehenden Datenschutzhinweise habe ich zur Kenntnis genommen. (Bitte ankreuzen!)

5. Datum, Unterschrift: _____

Praxisstempel

Anhang: Datenschutzhinweise nach Art. 13, 14 und 21 DSGVO

Datenschutzhinweise nach Art. 13, 14 und 21 DSGVO

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten (im Folgenden „Daten“) gemäß den gesetzlichen Vorgaben und möchten dies in transparenter Weise gestalten. Wir informieren Sie hiermit, welche Daten wir verarbeiten, und zu welchen Zwecken und auf welcher Rechtsgrundlage dies erfolgt. Zudem erhalten Sie Auskunft über Ansprechpartner sowie Ihre Rechte in Zusammenhang mit der Datenverarbeitung.

Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen:

Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover
vertreten durch den Präsidenten
Welfengarten 1
30167 Hannover

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:

Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover
- Stabsstelle Datenschutz -
Königswohrter Platz 1
30167 Hannover
E-Mail: datenschutz@uni-hannover.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung:

Wir verarbeiten die in diesem Formular abgefragten Daten für die Wahrnehmung unserer im öffentlichen Interesse liegenden Aufgabe, das Verfahren zur Abnahme von Hochschulprüfungen ordnungsgemäß durchzuführen. Insbesondere die Verarbeitung von Gesundheitsdaten ist für die Ausübung des Rechts der/des Studierenden zum Prüfungsrücktritt erforderlich, weil ansonsten nicht festgestellt werden kann, ob die Voraussetzungen für einen wirksamen Prüfungsrücktritt aus triftigen Gründen erfüllt sind. Die Rechtsgrundlage für diese Verarbeitung ergibt sich aus:

- § 3 S. 1 Nr. 1 Niedersächsisches Datenschutzgesetz (NDSG),
- Art. 6 Abs. 1 S. 1 Buchstabe e, Abs. 2 und 3; Art. 9 Abs. 2 Buchstabe f Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) i. V. m.
- § 17 Abs. 1 S. 1 Niedersächsisches Hochschulgesetz (NHG) und
- der jeweils einschlägigen Prüfungsordnung der Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover.

Allgemeine Informationen:

Dieses Originalformular einschließlich des beinhalteten ärztlichen Attests wird Bestandteil Ihrer geführten Prüfungsakte. Mit regulärer Aussonderung und Vernichtung Ihrer Prüfungsakte nach Abschluss Ihres Studiums wird dieses Originalformular ebenfalls vernichtet werden. Im Rahmen der weiteren Verfahrensbearbeitung erhalten nur die Angehörigen des Akademischen Prüfungsamtes, die Mitglieder der für die Entscheidung gemäß der einschlägigen Prüfungsordnung zuständigen Prüfungsorgane sowie -soweit erforderlich- Angehörige des Justitiariats der Hochschule Kenntnis von diesem Originalformular und dessen Inhalten. Die Beteiligten sind zur Verschwiegenheit und vertraulichen Behandlung verpflichtet.

Wir möchten Sie darüber informieren, dass die Bereitstellung Ihrer Daten weder gesetzlich noch vertraglich vorgeschrieben ist. Sofern die Daten nicht bereitgestellt werden, hat dies zur Folge, dass nicht festgestellt werden kann, ob die Voraussetzungen für einen wirksamen Prüfungsrücktritt aus triftigen Gründen erfüllt sind. Eine automatisierte Entscheidungsfindung einschließlich Profiling i. S. d. Art. 22 Abs. 1 und 4 DSGVO findet nicht statt.

Ihr Recht auf Widerspruch gem. Art. 21 DSGVO:

Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten Widerspruch einzulegen. In diesem Fall verarbeiten wir diese Daten nicht mehr, es sei denn, wir können zwingende schutzwürdige, Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegende Gründe für die Verarbeitung nachweisen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

Ihre weiteren Rechte:

Sie haben das Recht, von uns Auskunft über die Verarbeitung Sie betreffender Daten zu verlangen. Dieses Auskunftsrecht umfasst neben einer Kopie der Daten auch die Zwecke der Datenverarbeitung, die Datenempfänger sowie die Speicherdauer. Sollten unrichtige Daten verarbeitet werden, können Sie von uns unverzüglich die Berichtigung dieser Daten verlangen. Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen nach Art. 17 bzw. 18 DSGVO vor, steht Ihnen zudem grundsätzlich das Recht auf unverzügliche Löschung oder auf Einschränkung der Verarbeitung der Daten zu.

Bitte beachten Sie, dass eine eingeschränkte Verarbeitung der Daten unter Umständen nicht möglich ist.

Zur Ausübung Ihrer oben genannten Rechte wenden Sie sich bitte - vorrangig an die/den für Ihren Studiengang zuständige/n Sachbearbeiter/in im Akademischen Prüfungsamt - im Übrigen an:

Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover; Akademisches Prüfungsamt; Welfengarten 1; 30167 Hannover; E-Mail: studium@uni-hannover.de

Bei weiteren Fragen berät Sie gerne unser Datenschutzbeauftragter.

Mit datenschutzrechtlichen Beschwerden wenden Sie sich bitte an:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen; Prinzenstraße 5; 30159 Hannover; E-Mail: poststelle@ldf.niedersachsen.de