

Hochschule Darmstadt
Fachbereich Soziale Arbeit
Prüfungssekretariat Soziale Arbeit
Adelungstr. 51
64283 Darmstadt

Antrag auf Verlängerung der Bearbeitungszeit der Abschlussarbeit

Studiengang *(bitte zutreffendes wählen):*

- Soziale Arbeit B. A. Soziale Arbeit- Plus B. A. Soziale Arbeit M.A.
 Soziale Arbeit – Generationenbeziehungen in einer alternden Gesellschaft (B. A.)

Datum

Semester

Matrikelnummer

Name

Vorname

Erstreferent*in

Die Einhaltung des Abgabetermins am

ist mir nicht möglich. Ich beantrage daher die Verlängerung der Bearbeitungszeit bis zum:

Das ärztliche Attest über die Prüfungsunfähigkeit, Seite 2 für den beantragten Zeitraum ist dem Antrag beigelegt (keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung).

Ich werde mich über das neue Abgabedatum im QIS vergewissern.

Datum

Unterschrift

(bei Versendung über die stud.h_da Adresse nicht erforderlich)

Bearbeitungsfeld der h_da

- Einverständnis PAV, Abgabedatum in POS geändert, neues Abgabedatum:
 Ablehnung PAV (Schreiben folgt)

Hochschule Darmstadt
Fachbereich Soziale Arbeit
Prüfungsausschuss
Adelungstr. 51
64283 Darmstadt

Formular zur Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit (Ärztliches Attest)

Zur Vorlage beim Prüfungsausschuss des Studiengangs Soziale Arbeit, Fachbereich Soziale Arbeit der Hochschule Darmstadt.

Erläuterungen für die Ärztin/den Arzt

Wenn eine Studierende / ein Studierender aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint, hat sie/ er gemäß der Prüfungsordnung dem zuständigen Prüfungsausschuss die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt sie / er ein ärztliches Attest, das es dem Prüfungsausschuss erlaubt, aufgrund Ihrer Angaben als medizinische Sachverständige / medizinischer Sachverständiger die Rechtsfrage zu beantworten, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Um Verwendung dieses Formulars wird gebeten.

Prüfungsunfähigkeit im rechtlichen Sinne liegt z.B. dann vor, wenn die Patientin / der Patient im Hinblick auf die Form der zu erbringenden Prüfung physische oder psychische Leistungsminderungen aufweist (z.B. Konzentrationsschwäche, akute Sehschwäche) bzw. körperlich eingeschränkt ist (z.B. Schreibhand gebrochen, Bettlägerigkeit), oder unter ansteckenden Krankheiten leidet (z.B. Grippe, Masern, usw.).

Angaben zur Person

Name, Vorname	Geburtsdatum:
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort

Erklärung der Ärztin / des Arztes

Meine heutige Untersuchung zur Beurteilung der Prüfungsunfähigkeit bei o.g. Person hat aus ärztlicher Sicht ergeben, dass diese Person prüfungsunfähig ist.

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor. Mir ist bekannt, dass Schwankungen der Tagesform, Prüfungsangst, Prüfungsstress u. ä. keine erhebliche Beeinträchtigung darstellen.

Dauer der Prüfungsunfähigkeit von:	bis einschließlich:
------------------------------------	---------------------

Datum, Uhrzeit, Praxisstempel, Unterschrift des Arztes, der Ärztin