

Antrag

auf Fristverlängerung der Bearbeitungszeit der Bachelor- oder Masterarbeit



Zentrum für studentische und akademische
Angelegenheiten
Altonaer Straße 25, 99085 Erfurt

E-Mail: pruefungsamt@fh-erfurt.de

Erläuterung für das ärztliche Fachpersonal:

Wenn ein*e Studierende*r aus gesundheitlichen Gründen die Bearbeitungszeit nicht einhalten kann und eine Nachfrist beantragt (bis 4 Wochen für die Bachelorarbeit, bis 6 Wochen für die Masterarbeit), hat sie*er gemäß der geltenden Prüfungsordnung dem zuständigen Prüfungsausschuss die Erkrankung umgehend - innerhalb von 3 Tagen - glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt sie*er eine ärztliche Bescheinigung, die die Auswirkungen der Erkrankung auf das Leistungsvermögen erkennen lässt.

Hinweis: Das Attest kann formlos erstellt werden, soweit es die folgenden Punkte enthält oder dieser Vordruck wird von Ihnen ausgefüllt.

Diese Angaben sind ausschließlich von der Arztpraxis auszufüllen

1. Persönliche Daten der untersuchten Person

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

2. Erklärung des ärztlichen Fachpersonals

Aufgrund meiner heutigen Untersuchung liegt aus ärztlicher Sicht eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor. (Schwankungen in der Tagesform, Prüfungsangst, Prüfungsstress, Nervosität, leichte Konzentrationsstörungen oder Dauerleiden u. ä. sind keine Beeinträchtigungen, die einen Rücktritt rechtfertigen)

Dauer der Krankheit:

von/am: bis einschließlich:

Beschreibung der leistungsbeeinträchtigenden Auswirkungen der Krankheit: (Nennung der Diagnose ist nicht erforderlich; für das Prüfungsamt muss anhand der Beschreibung erkennbar sein, ob die zu prüfende Person prüfungsunfähig ist)

Datum, Unterschrift und Praxisstempel

Diese Angaben sind ausschließlich von der*dem Studierenden auszufüllen

Matrikelnummer	
Studiengang	
Erstgutachter*in	
Zweitgutachter*in	
Abgabetermin	
Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller*in

Diese Angaben sind ausschließlich vom Prüfungsausschuss auszufüllen

Antrag wird genehmigt, Verlängerung um ____ Tage, neuer Abgabetermin: _____

Antrag wird abgelehnt

Ort, Datum	Unterschrift Prüfungsausschussvorsitzende*r