

**Antrag auf Verlängerung der Bearbeitungszeit aus wichtigem Grund bei selbstständig und ohne Aufsicht zu erstellenden Prüfungsleistungen gemäß § 12 StuPrO der jeweiligen Studienbereiche/-gänge der DHBW**



**Prüfungsamt  
Persönlich-Vertraulich**

Duale Hochschule Baden Württemberg Mosbach  
Lohrtalweg 10  
74821 Mosbach

Per Mail: [pruefungsamt@mosbach.dhbw.de](mailto:pruefungsamt@mosbach.dhbw.de)  
per Fax: 06261/939-514

**Persönliche Angaben**

Nachname, Vorname	Kurs, Studiengangsleiter*in
Studiengang	Matrikelnummer
E-Mail	Telefonnummer / Handynummer

**Für das Modul**

\_\_\_\_\_

Modulbezeichnung / Semester

**muss ich am**

\_\_\_\_\_

Datum der Frist

**nachfolgende Leistung**

Themeneinreichung    
  Abgabe    
  Sonstiges    
 \_\_\_\_\_  
genaue Bezeichnung

**für folgende Prüfungsleistung erbringen:**

Projektarbeit I    
  Projektarbeit II    
  Sonstiges    
 \_\_\_\_\_  
 Seminararbeit    
  Bachelorarbeit    
 \_\_\_\_\_  
genaue Bezeichnung

**Aus wichtigem Grund beantrage ich eine Verlängerung der Bearbeitungszeit bis zum:** \_\_\_\_\_

- Wichtiger Grund wegen Krankheit (**Bitte beachten:** qualifiziertes ärztliches Attest notwendig)
- Sonstiger wichtiger Grund (**Bitte beachten:** Beschreibung und entsprechende Nachweise beifügen, im **Studienbereich Technik** ist bei Prüfungsleistungen der Praxisprojekte eine Stellungnahme vom Dualen Partner beizufügen, im **Studienbereich Wirtschaft** ist bei der Bachelorarbeit sowie den Projektarbeiten eine Stellungnahme vom Dualen Partner erforderlich.)

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift der / des Studierenden**

**Vom Prüfungsamt auszufüllen:**

Voraussetzungen des Rücktritts liegen vor, Rücktritt wird genehmigt: ja \_\_\_ nein \_\_\_

Rücksprache mit Studiengangsleiter\*in erfolgt: ja \_\_\_ nein \_\_\_

Dauer der Prüfungsunfähigkeit: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_                      Unterschrift Prüfungsamt: \_\_\_\_\_

Email oder Bescheid an Studierende\*n und Studiengang versendet am: \_\_\_\_\_

## Attestformular

- Das Attest kann auch in anderer Form erstellt werden, sofern es entsprechende Angaben beinhaltet -

- Zur Vorlage an der Studienakademie Mosbach -

### Erläuterung für die Ärztin / den Arzt:

Wenn ein Prüfling aus gesundheitlichen Gründen die vorgegebene Bearbeitungszeit einer ohne Aufsicht zu erstellenden Prüfungsleistung nicht einhalten kann und daher eine Verlängerung der Bearbeitungszeit beantragt, hat er nach der einschlägigen Studien- und Prüfungsordnung unverzüglich der Prüfungsbehörde den wichtigen Grund, der zur Verhinderung der fristgerechten Abgabe führt, durch die Vorlage eines ärztlichen Attests glaubhaft zu machen. Die Beantwortung der Frage, ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung die Verlängerung der Bearbeitungszeit rechtfertigt, ist eine Rechtsfrage und Sache der Prüfungsbehörde. Die Entscheidung erfolgt auf Grund Ihrer Angaben als medizinische/r Sachverständige/r.

Damit die Prüfungsbehörde in die Lage versetzt wird, eine solche Entscheidung zu treffen, ist es nicht ausreichend, dass das ärztliche Attest dem Prüfling lediglich eine Prüfungsunfähigkeit bescheinigt. Sie werden daher um kurze Ausführungen zu den nachstehenden Punkten gebeten. Studierende sind aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Symptome offen zu legen. Das Attest hat eine genaue Beschreibung der körperlichen und/oder psychischen Funktionsstörungen (Symptome) und die Auswirkungen dieser gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die konkrete Prüfungsleistung zu beinhalten. Die Diagnose als solche ist nicht bekanntzugeben. Sie kann angegeben werden, wenn sie als Ersatz für eine Befundsschilderung dient.

§ 13 Absatz 1 Landesdatenschutzgesetz Baden-Württemberg berechtigt zur Erhebung personenbezogener Daten, wenn deren Kenntnis für die Aufgabenerfüllung der erhebenden Stelle erforderlich ist.

### I. Angaben zur untersuchten Person

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### II. Angaben zur krankhaften Beeinträchtigung – Beschreibung der Symptome:

*(Bitte beschreiben Sie die Symptome und deren Auswirkungen auf das Leistungsvermögen so ausführlich und in einer für Laien nachvollziehbaren Sprache, dass der Prüfungsbehörde eine Beurteilung ohne Rückfragen ermöglicht wird.)*

---

---

---

---

---

---

---

---

### III. Tag der Untersuchung

\_\_\_\_\_

### IV. Dauer der Prüfungsunfähigkeit

Von: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift der Ärztin/des Arztes