

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

Matrikelnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Universität Regensburg  
Fakultät für Medizin  
Prüfungsamt / Studiendekanat Zahnmedizin  
am Universitätsklinikum  
Franz-Josef-Strauß-Allee 11  
93053 REGENSBURG

### ANTRAG AUF ANERKENNUNG KRANKHEITSBEDINGTER PRÜFUNGSUNFÄHIGKEIT

Aufgrund des beigefügten ärztlichen Attestes beantrage ich die Anerkennung einer krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit für folgende Klausur / mündliche Prüfung:

Lehrstuhl / Prüfer	Genaue Bezeichnung der Prüfung	Prüfungsdatum

Mit ist bewusst, dass eine Rücktrittserklärung für eine Prüfung, von der ich rechtswirksam zurückgetreten bin, nach dem Prüfungstermin nicht mehr zurückgezogen werden kann.

\_\_\_\_\_  
( Ort, Datum )

\_\_\_\_\_  
( Unterschrift )

Bitte den Antrag inkl. Attest per E-Mail einreichen. Bei begründeten Zweifeln an der Echtheit kann die Vorlage der Unterlagen im Original verlangt werden.

Bei Anerkennung der krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit wird in FlexNow „anerkannte Krankheit“ eingetragen.