HINWEISE RÜCKTRITT

Hinweisblatt für den Rücktritt von der Prüfung einschl. Versäumnisfolgen

W I C H T I G !
– bitte genau durchlesen -

Mit Ihrer verbindlichen Anmeldung zur Eignungs- bzw. Kenntnisprüfung sind Sie grundsätzlich eine Verpflichtung zur Teilnahme an der betreffenden Prüfung eingegangen. Der Rücktritt von einer Prüfung bzw. einem Prüfungsteil sowie das Versäumnis einer Prüfung bzw. eines Prüfungsteils sind in der jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe im Gesundheitswesen geregelt.

1. Rücktritt von der Prüfung

Falls Sie von der Prüfung zurücktreten, teilen Sie dies **unverzüglich schriftlich** der Behörde für Gesundheit, Soziales und Integration unter Angabe der Gründe mit.

Dies gilt insbesondere, wenn Sie erst am Tag der Prüfung zurücktreten. Rücktritte können nur genehmigt werden, wenn ein **wichtiger Grund** vorliegt.

Über die Genehmigung des Rücktrittes entscheidet die/der Vorsitzende des Prüfungsausschusses. Wird die Genehmigung für den Rücktritt nicht erteilt oder unterlässt es der Prüfling, die Rücktrittsgründe unverzüglich mitzuteilen, so gilt die Prüfung als **nicht bestanden**.

Liegen die Gründe für den Rücktritt in einer gesundheitlichen Beeinträchtigung, so ist für den Nachweis der Prüfungsunfähigkeit ein ärztliches Attest einzureichen, welches Angaben zu den Krankheitssymptomen und deren Auswirkungen auf das Leistungsvermögen in Hinblick auf die Prüfung enthält (s. Formular für den Nachweis der Prüfungsunfähigkeit (Ärztliches Attest). **Eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) reicht nicht!**

Der/die Prüfungsausschussvorsitzende kann nur Rücktritte von den Prüfungsteilen genehmigen, für deren Zeiträume Atteste oder nachvollziehbare Begründungen vorgelegt werden. Genehmigt der/die Prüfungsausschussvorsitzende den Rücktritt nur von einem Prüfungsteil, sind die anderen Teile dennoch zu absolvieren. Wird der Rücktritt von einem Teil genehmigt, bleibt das Ergebnis der bereits absolvierten Teile bestehen.

2. Versäumnisfolgen

Versäumt ein Prüfling einen Prüfungstermin oder unterbricht er/sie die Prüfung, so hat er/sie den Prüfungsabschnitt oder den Prüfungsteil „nicht bestanden“. Liegt ein wichtiger Grund für das Verhalten des Prüflings vor, so gilt der Prüfungsteil als „nicht unternommen“. Die Entscheidung darüber, ob ein wichtiger Grund vorliegt, trifft der/die Vorsitzende des Prüfungsausschusses.

Hinsichtlich der Versäumnisbegründung gegenüber der Behörde ist wie bei einem Rücktritt unter 1. zu verfahren, insbesondere ist das Versäumnis unverzüglich mitzuteilen und zu begründen. Das Genehmigungsverfahren ist ebenfalls identisch mit dem unter 1. genannten Verfahren.

Mitteilungen über Rücktritt oder Versäumnis sind an die jeweiligen Prüfungssachbearbeiter zu richten, Kontaktdaten sind der Zulassung zu entnehmen.

Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Gesundheit, Familie und Integration
Postfach 760 106, 22051 Hamburg
Stand: 07/2025

Hamburg

HINWEISE RÜCKTRITT

Formular für den Nachweis der Prüfungsunfähigkeit (Ärztliches Attest)

Erläuterungen für den Arzt / die Ärztin:

Prüflinge, die aus gesundheitlichen Gründen einen Prüfungstermin versäumen oder von einer Prüfung zurücktreten, haben dem Prüfungsausschussvorsitz die Prüfungsunfähigkeit glaubhaft zu machen. Die Entscheidung über die Prüfungsunfähigkeit ist eine Rechtsfrage und insoweit vom Prüfungsausschussvorsitz zu treffen. Dazu wird ein ärztliches Attest benötigt, das es dem Prüfungsausschussvorsitz ermöglicht, aufgrund der Angaben des oder der medizinischen Sachverständigen zu den Krankheitssymptomen und deren Auswirkungen auf das Leistungsvermögen, über die Prüfungsunfähigkeit zu entscheiden. Schwankungen der Tagesform, Examensangst, Prüfungsstress und ähnliches stellen in der Regel keine erheblichen Beeinträchtigungen dar.
Den Prüflingen obliegt es, an der Feststellung der Prüfungsunfähigkeit mitzuwirken.

Name:_____ Vorname:

Geburtsdatum:

Straße u. Hausnummer:

PLZ u. Wohnort:

Ausbildungsberuf:

Art der Prüfung: _____ Tag der Prüfung: _____

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht durch die Patientin/ den Patienten *zur unten angegebenen Erklärung:*
Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die unten geforderten Angaben vollständig beantwortet werden.

_____
Datum, Unterschrift

Erklärung des Arztes / der Ärztin:

Meine am ..... durchgeführte Untersuchung zur Frage einer krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit bei o. g. Patientin bzw. Patienten hat aus ärztlicher Sicht folgendes ergeben (ggf. Extrablatt):

1. Nähere Beschreibung der Auswirkungen der Erkrankung auf das Leistungsvermögen im Hinblick auf die Prüfung:

2. Dauer der Erkrankung:

   Die Erkrankung ist erstmals aufgetreten am:
   Sie wird voraussichtlich andauern bis:

_____
Ort, Datum Unterschrift der Ärztin/ des Arztes und **Praxisstempel**

Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Gesundheit, Familie und Integration
Postfach 760 106, 22051 Hamburg
Stand: 07/2025

Hamburg