



Annullierungsantrag

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____ Tel.: _____

Straße: _____

PLZ, Ort _____

Studiengang: Bachelor Master

- | | | |
|--|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> BWL | <input type="checkbox"/> PuR | <input type="checkbox"/> Ökonomik |
| <input type="checkbox"/> VWL | <input type="checkbox"/> PuW | <input type="checkbox"/> Wirtschaftslehre/Politik |
| <input type="checkbox"/> WI/IS | <input type="checkbox"/> WuR | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | | |

Hiermit beantrage ich die Annullierung der Prüfung/Prüfungen:

Prüfungsname

Prüfungsdatum

- | | |
|----------|----------|
| 1) _____ | am _____ |
| 2) _____ | am _____ |
| 3) _____ | am _____ |
| 4) _____ | am _____ |
| 5) _____ | am _____ |
| 6) _____ | am _____ |
| 7) _____ | am _____ |

(Ort/Datum)

(Unterschrift)

Anlage: ärztliches Attest

Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit (Ärztliches Attest)

(Zur Vorlage beim Prüfungsamt der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät, Hüfferstr. 27, 48149 Münster)

Erläuterung für den Arzt:

Wenn ein Studierender aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint, hat er gemäß der Prüfungsordnung dem zuständigen Prüfungsausschuss bzw. Prüfungsamt die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt er ein ärztliches Attest, das es dem Prüfungsausschuss bzw. Prüfungsamt erlaubt aufgrund Ihrer Angaben als medizinischer Sachverständiger die Rechtsfrage zu beantworten, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Die Beantwortung der Rechtsfrage, ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung den Abbruch der Prüfung oder den Rücktritt von der Prüfung rechtfertigen kann, ist grundsätzlich nicht Aufgabe des Arztes; dies ist vielmehr letztlich und in eigener Verantwortung von der Prüfungsbehörde (Prüfungsausschuss bzw. Prüfungsamt) zu entscheiden.

Hinweis: Das Attest kann auch formlos erstellt werden, soweit es die folgenden Punkte erhält.

Name der untersuchten Person:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Matrikelnummer: _____ Geburtstag: _____

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor:

Ja Nein

Dauer der Erkrankung: von _____ bis mindestens einschl. _____

(Praxisstempel/Datum)

(Unterschrift)

Kontakt:

Prüfungsamt Wirtschaftswissenschaften
Hüfferstraße 27
48149 Münster

E-Mail: pam@wiwi.uni-muenster.de
Tel.: 0251/83-37915