



Attest der Prüfungsunfähigkeit

Zur Vorlage beim Prüfungsamt der FH Kaiserslautern, Standort Zweibrücken

Studierende/r

Name:	_____	Vorname:	_____
PLZ, Ort:	_____	Straße, Nr.:	_____
Tel.-Nr.:	_____	E-Mail:	_____
Matr.-Nr.:	_____	Geb.-Datum:	_____
Fachbereich:	_____	Studiengang:	_____

Arzt / Ärztin

Termine der ärztlichen Behandlung: _____

Besteht aufgrund der festgestellten Erkrankung Prüfungsunfähigkeit? Ja Nein

Dauer der Prüfungsunfähigkeit: von _____ bis _____

_____	_____	_____	_____
Datum / Stempel der Praxis	Unterschrift Arzt / Ärztin	Datum	Kenntnisnahme Studierende(r)

Prüfungsausschuss

Anerkannt Nicht anerkannt

Stellungnahme: _____

_____	_____
Datum	Unterschrift des Prüfungsausschussvorsitzenden

Das Attest muss innerhalb von 3 Werktagen nach dem Prüfungstermin im Prüfungsamt bzw. dessen Briefkasten abgegeben werden.