**Formular für die Erklärung des Rücktritts von einer Prüfung bzw. von der Wissenschaftlichen Abschlussarbeit aus gesundheitlichen Gründen zur Vorlage im Lehrerprüfungsamt M-V**

**Angaben des Bewerbers:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nachname:  | Vorname:  | Geburtsdatum:  |
| Straße, Hausnummer:  | PLZ, Wohnort:  |
| Lehramt:  |

**Bitte Zutreffendes ankreuzen:**

🞎 Hiermit erkläre ich gemäß § 15 LehPrVO M-V vom 16. Juli 2012 den Rücktritt von der

 Wissenschaftlichen Abschlussarbeit im Rahmen der Ersten Staatsprüfung.

🞎 Hiermit erkläre ich gemäß § 15 LehPrVO M-V vom 16. Juli 2012 den Rücktritt von nach-

 folgend aufgeführter/-n Prüfung/en

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |   |
| 2. |   |
| 3. |   |
| 4. |   |
| 5. |   |

Gemäß § 15 (4) LehPrVO M-V verlangt das Lehrerprüfungsamt M-V bei krankheitsbedingter Prüfungsunfähigkeit ein amtsärztliches Attest. Das entsprechende Formular für die Amtsärztin/den Amtsarzt befindet sich auf der folgenden Seite.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Datum |   |  Unterschrift Bewerber/-in |

Wenn ein/e Bewerber/in aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint oder sie abbricht bzw. die Frist zur Abgabe der wissenschaftlichen Abschlussarbeit versäumt, hat er/sie gemäß der geltenden Prüfungsverordnung dem Lehrerprüfungsamt M-V gegenüber die Erkrankung glaubhaft zu machen.

Zu diesem Zweck benötigt er/sie ein amtsärztliches Attest, das dem Lehrerprüfungsamt M-V erlaubt, aufgrund der Angaben des medizinischen Sachverständigen die Rechtsfrage zu beantworten, ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung den Rücktritt von der Prüfung oder den Rücktritt von der wissenschaftlichen Abschlussarbeit rechtfertigen kann.

Für diese Entscheidung werden Sie um Ausführungen zu den nachstehenden Punkten gebeten. Bewerber sind aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich verpflichtet, zum Zwecke der Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offen zu legen.

**Angaben zur untersuchten Person**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nachname: | Vorname: | Geburtsdatum: |
| Straße, Hausnummer: | PLZ, Wohnort: |

**Erklärung des Amtsarztes**

Meine heutige Untersuchung zur Frage der Prüfungsunfähigkeit bei o. g. Patient/Patientin hat aus ärztlicher Sicht folgendes ergeben:

**Beschreibung der gesundheitlichen Beeinträchtigung:**

|  |
| --- |
|  |

**Art der Leistungsminderung:**

* prüfungsbedingte Leistungsminderung (mit der Prüfungssituation verbundene Anspannung und Belastung und daraus resultierende Konzentrationsstörung, Prüfungsstress und -ängste)
* erheblich verminderte kognitive Leistungsfähigkeit (z. B. auf Grund akuter Erkrankung/ medikamentöser Behandlung)
* eingeschränkte Motorik der Schreibhand
* sonstige Leistungsminderung, und zwar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Die Gesundheitsstörung besteht (bitte ankreuzen):

🞎 auf nicht absehbare Zeit 🞎 vorübergehend.

Dauer der Krankheit: von \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aus ärztlicher Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Datum |   |  Praxisstempel/ Unterschrift der Ärztin/ des Arztes |