

Anlage 4 b: Verlängerung der Bearbeitungszeit:
Nachweis der Prüfungsunfähigkeit wegen Krankheit zur
Vorlage beim Prüfungsausschuss



Appendix 4 b: Submission deadline extension:

proof of incapacity to take an examination due to illness for submission to the examination board

Verlängerung der Bearbeitungszeit wegen krankheitsbedingter Prüfungsunfähigkeit und ärztliches Attest
Submission deadline extension because of incapacity to take an examination due to illness and medical certificate

Angaben der/des Studierenden:

Student's details:

Nachname: <i>Surname:</i>	Vorname: <i>First name:</i>
Geburtsdatum: <i>Date of birth:</i>	E-Mail-Adresse: <i>Email address:</i>
Telefonnummer: <i>Telephone number:</i>	Matrikelnummer: <i>Enrolment number:</i>
Studiengang: <i>Degree programme:</i>	

Betroffene Prüfung:

Examination concerned:

Modul/Prüfung: <i>Module/examination:</i>	Form der Prüfung: <i>Assessment type:</i> <input type="checkbox"/> Bachelorarbeit <i>Bachelor's thesis</i> <input type="checkbox"/> Masterarbeit <i>Master's thesis</i> <input type="checkbox"/> _____
Prüferin/Prüfer: <i>Examiner:</i>	Aktueller Abgabetermin: <i>Current submission deadline:</i> Gab es bereits eine Verlängerung? <i>Was the deadline extended previously?</i> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>Yes No</i> Falls ja, ursprünglicher Abgabetermin: <i>If yes, original submission deadline:</i>

Erläuterungen der/des Studierenden zur Prüfungsunfähigkeit:

Additional information (to be completed by the student):

Es wird empfohlen, zusätzlich zu den Angaben der/des behandelnden Ärztin/Arztes nähere Ausführungen zur Einschränkung zu machen. Bedenken Sie bitte, dass der Prüfungsausschuss nur anhand dieses Formulars in der Lage sein muss, eine Entscheidung zu treffen. *

We recommend that you provide a more detailed explanation of the limitations in addition to the information provided by your doctor.

It is important to note that the examination board must be able to make a decision solely on the basis of this form. *

*Sollte der Platz für Ihre Ausführungen nicht ausreichen, fügen Sie bitte ein weiteres Blatt als Anlage bei.

** If the space provided for your additional information is insufficient, please attach an additional sheet of paper.*

Bitte lesen Sie die im Anhang befindlichen Datenschutzhinweise aufmerksam durch, insbesondere die Informationen zu der Möglichkeit Ihre Ärztin/Ihren Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden.

Erklärung der/des Studierenden:

Declaration (to be completed by the student):

1. Hiermit beantrage ich die Verlängerung der Bearbeitungszeit der o.g. Arbeit.
2. Die Datenschutzhinweise im Anhang habe meiner behandelnden Ärztin/meinem behandelnden Arzt zur Kenntnis gegeben.

Meine behandelnde Ärztin/mein behandelnder Arzt wird hiermit von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden und ermächtigt, relevante Informationen im Zusammenhang dieses Antrags an die Leibniz Universität weiterzugeben.

1. I request an extension of the submission deadline for the abovementioned component.

2. I confirm that I have disclosed the enclosed data protection information to my doctor.

I hereby release my doctor from the obligation to maintain medical confidentiality and authorise my doctor to disclose relevant information to Leibniz University Hannover in connection with this application.

Ort, Datum

Place, date

Unterschrift

Signature

Erläuterung für die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt:

Wenn Studierende aus gesundheitlichen Gründen eine Prüfung versäumen oder von ihr zurücktreten, haben sie ihre krankheitsbedingte Prüfungsunfähigkeit glaubhaft zu machen. Dazu benötigen die Studierenden ein ärztliches Attest, das dem Prüfungsausschuss ermöglicht, aufgrund Ihrer Angaben als medizinischer Sachverständiger die Rechtsfrage zu beantworten, ob eine krankheitsbedingte Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Dies erfordert Aussagen zu folgenden Punkten in dem ärztlichen Attest:

- 1. Den gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Prüflings und**
- 2. den sich daraus ergebenden Einschränkungen des Prüflings im Hinblick auf die betroffene Prüfung.**

Bitte beachten:

Eine Diagnose wird explizit nicht abgefragt!

Die pauschale Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit oder Prüfungsunfähigkeit ist nicht ausreichend.

Studierende sind auf Grund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offenzulegen und können hierzu ergänzend die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht entbinden. Im Rahmen der Aufgabenerfüllung notwendige personenbezogene Daten dürfen für diese Zwecke erhoben werden. (Anhang: Datenschutzhinweise nach Art. 13, 14 und 21 DSGVO)

Hinweis: Dieses Formular ist nur ein Muster. Das Attest kann auch formlos erstellt werden, soweit es die beiden oben genannten Punkte erhält.

Erklärung der Ärztin/des Arztes:

2. Meine heutige Untersuchung der Patientin/des Patienten _____ hat aus ärztlicher Sicht ergeben, dass folgende gesundheitliche Beeinträchtigungen (z. B. eingeschränkte Motorik der Hand – die Diagnose selbst braucht nicht genannt zu werden) und sich daraus ergebende Einschränkungen im Hinblick auf die betroffene Prüfung vorliegen:

3. Die Gesundheitsstörung ist (bitte ankreuzen!)

auf Prüfungsstress zurückzuführen dauerhaft, d.h. auf nicht absehbare Zeit vorübergehend

(Hinweis: Examensängste und Prüfungsstress sind grundsätzlich keine Beeinträchtigung mit Krankheitswert, es sei denn, dass sie den Grad einer psychischen Erkrankung erreichen.)

4. Dauer der Krankheit:

von: _____ bis: _____

5. Die nachstehenden Datenschutzhinweise habe ich zur Kenntnis genommen. (Bitte ankreuzen!)

5. Datum, Unterschrift: _____

Praxisstempel

Datenschutzhinweise nach Art. 13, 14 und 21 DSGVO

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten (im Folgenden „Daten“) gemäß den gesetzlichen Vorgaben und möchten dies in transparenter Weise gestalten. Wir informieren Sie hiermit, welche Daten wir verarbeiten, und zu welchen Zwecken und auf welcher Rechtsgrundlage dies erfolgt. Zudem erhalten Sie Auskunft über Ansprechpartner sowie Ihre Rechte in Zusammenhang mit der Datenverarbeitung.

Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen:

Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover
vertreten durch den Präsidenten
Welfengarten 1
30167 Hannover
E-Mail: studium@uni-hannover.de

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:

Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover
- Stabsstelle Datenschutz (DS) -
Welfengarten 1
30167 Hannover
E-Mail: datenschutz@uni-hannover.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung:

Wir verarbeiten die in diesem Formular abgefragten Daten für die Wahrnehmung unserer im öffentlichen Interesse liegenden Aufgabe, das Verfahren zur Abnahme von Hochschulprüfungen ordnungsgemäß durchzuführen. Insbesondere die Verarbeitung von Gesundheitsdaten ist für die Ausübung des Rechts der/des Studierenden zum Prüfungsrücktritt erforderlich, weil ansonsten nicht festgestellt werden kann, ob die Voraussetzungen für einen wirksamen Prüfungsrücktritt aus triftigen Gründen erfüllt sind. Die Rechtsgrundlage für diese Verarbeitung ergibt sich aus: Art. 6 Abs. 1 S. 1 Buchstabe e, Abs. 2 und 3; Art. 9 Abs. 2 Buchstabe f Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) i. V. m. § 3 S. 1 Nr. 1 Niedersächsisches Datenschutzgesetz (NDSG), § 17 Abs. 1 S. 1 Niedersächsisches Hochschulgesetz (NHG) und der jeweils einschlägigen Prüfungsordnung der Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover.

Sofern Sie Ihre Ärztin/Ihren Arzt optional von der Schweigepflicht entbinden, können wir mit dieser/diesem direkt Rücksprache halten, um ggfs. weitere, die Prüfungsunfähigkeit betreffende Informationen einzuholen. Dies dient ausschließlich dem Zweck, das Verfahren in Ihrem Sinne zu beschleunigen, falls die ärztlichen Angaben auf dem Formular noch nicht ausreichend sind, um eine Entscheidung zu treffen. Daher bezieht sich die im Formular angegebene Schweigepflichtentbindung explizit auf relevante Informationen im Zusammenhang mit dem Antrag. Es erfolgt keine umfassende Schweigepflichtentbindung, sondern diese wird zweckgebunden auf den jeweiligen Einzelfall der Prüfungsunfähigkeit erteilt. Rechtsgrundlage ist Ihre Einwilligung gem. Art. 6 Abs. 1 lit. a), Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO. Diese Einwilligung ist freiwillig. Sie können sie ohne Angabe von Gründen verweigern, ohne dass Sie deswegen Nachteile zu befürchten hätten. Sie können diese Einwilligung zudem jederzeit in formlos (z.B. Brief, E-Mail) widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Allgemeine Informationen:

Dieses Originalformular einschließlich des beinhalteten ärztlichen Attests wird Bestandteil Ihrer geführten Prüfungsakte. Mit regulärer Aussonderung und Vernichtung Ihrer Prüfungsakte nach Abschluss Ihres Studiums wird dieses Originalformular ebenfalls vernichtet werden. Im Rahmen der weiteren Verfahrensbearbeitung erhalten nur die Angehörigen des Akademischen Prüfungsamtes, die Mitglieder der für die Entscheidung gemäß der einschlägigen Prüfungsordnung zuständigen Prüfungsorgane sowie -soweit erforderlich- Angehörige des Justitiariats der Hochschule Kenntnis von diesem Originalformular und dessen Inhalten. Die Beteiligten sind zur Verschwiegenheit und vertraulichen Behandlung verpflichtet.

Wir möchten Sie darüber informieren, dass die Bereitstellung Ihrer Daten weder gesetzlich noch vertraglich vorgeschrieben ist. Sofern die Daten nicht bereitgestellt werden, hat dies zur Folge, dass nicht festgestellt werden kann, ob die Voraussetzungen für einen wirksamen Prüfungsrücktritt aus triftigen Gründen erfüllt sind. Eine automatisierte Entscheidungsfindung einschließlich Profiling i. S. d. Art. 22 Abs. 1 und 4 DSGVO findet nicht statt.

Ihr Recht auf Widerspruch gem. Art. 21 DSGVO:

Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten Widerspruch einzulegen. In diesem Fall verarbeiten wir diese Daten nicht mehr, es sei denn, wir können zwingende schutzwürdige, Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegende Gründe für die Verarbeitung nachweisen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

Ihre weiteren Rechte:

Sie haben das Recht, von uns Auskunft über die Verarbeitung Sie betreffender Daten zu verlangen. Dieses Auskunftsrecht umfasst neben einer Kopie der Daten auch die Zwecke der Datenverarbeitung, die Datenempfänger sowie die Speicherdauer. Sollten unrichtige Daten verarbeitet werden, können Sie von uns unverzüglich die Berichtigung dieser Daten verlangen. Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen nach Art. 17 bzw. 18 DSGVO vor, steht Ihnen zudem grundsätzlich das Recht auf unverzügliche Löschung oder auf Einschränkung der Verarbeitung der Daten zu.

Bitte beachten Sie, dass eine eingeschränkte Verarbeitung der Daten unter Umständen nicht möglich ist.

Zur Ausübung Ihrer oben genannten Rechte wenden Sie sich bitte - vorrangig an die/den für Ihren Studiengang zuständige/n Sachbearbeiter/in im Akademischen Prüfungsamt - im Übrigen an:

Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover; Akademisches Prüfungsamt; Welfengarten 1; 30167 Hannover; E-Mail: studium@uni-hannover.de

Bei weiteren Fragen berät Sie gerne unser Datenschutzbeauftragter.

Mit datenschutzrechtlichen Beschwerden wenden Sie sich bitte an:

LfD Niedersachsen; Prinzenstraße 5; 30159 Hannover; E-Mail: poststelle@lfd.niedersachsen.de

Data protection information in accordance with articles 13, 14 and 21 of the EU General Data Protection Regulation (GDPR)

We process your personal data (hereafter referred to as "data") in accordance with legal requirements and aim to do so in a transparent manner. In the following, we inform you what data we process for what purposes and the legal basis for doing so. We also provide information on contact persons, as well as your rights in relation to data processing.

Name and contact details of the data controller:

Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover
vertreten durch den Präsidenten
Welfengarten 1
30167 Hannover
E-Mail: studium@uni-hannover.de

Contact details of the Data Protection Officer:

Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover
- Stabsstelle Datenschutz (DS) -
Welfengarten 1
30167 Hannover
Email: datenschutz@uni-hannover.de

Purposes and legal basis for data processing:

We process the data requested in this form in order to perform our duty – which is in the public interest – to properly implement the procedure for conducting university examinations. Specifically, processing data on health is necessary for students to exercise their right to withdraw from an examination, as otherwise it cannot be established whether the prerequisites for withdrawing from an examination for valid reason have been met. The legal basis for processing this data is: Article 6 (1) 1 (e), (2) and (3) GDPR; Article 9 (2) (f) GDPR in conjunction with Section 3 1 1 of the Lower Saxony regulations governing data protection (Niedersächsisches Datenschutzgesetz – NDSG), Section 17 (1) sentence 1 of the Lower Saxony Higher Education Act (Niedersächsisches Hochschulgesetz – NHG) and the applicable examination regulations of Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover.

If you optionally release your doctor from his or her obligation to maintain confidentiality, we can contact him or her directly to obtain any further information relating to your inability to take the examination. The sole purpose of this is to speed up the procedure in your favour if the medical information on the form is not yet sufficient to make a decision. Therefore, the release from confidentiality stated on the form refers explicitly to relevant information in connection with the application. There is no comprehensive release from confidentiality, but this is granted for the specific purpose of the individual case of incapacity for examination. The legal basis is your consent pursuant to Art. 6 para. 1 lit. a), Art. 9 para. 2 lit. a) GDPR. **This consent is voluntary. You can withdraw your consent without giving reasons and without having to fear any disadvantages as a result. You can also withdraw this consent informally (e.g. by letter or email) at any time. The withdrawal of consent does not affect the lawfulness of processing based on consent before its withdrawal.**

General information:

The original of this form – including the accompanying medical certificate – shall form part of your examination records. As part of the regular process of deleting and destroying your examination file after you have completed your degree programme, the original form will also be destroyed. With respect to the further processing of the case, only the members of the examination office, the members of the examination bodies responsible for the decision as per the relevant examination regulations and – if necessary – members of the university's legal department will be given access to this original form and its contents. Those involved are obliged to maintain secrecy and confidentiality.

Please be advised that you are not required by law or contract to provide your data. If no data is provided, consequently it will not be possible to determine whether the prerequisites for withdrawing from an examination for valid reasons have been met. An automated decision-making process, including profiling, within the meaning of Article 22 (1) and (4) GDPR shall not occur.

Right to objection as per Article 21 GDPR:

You have the right, for reasons resulting from your particular situation, to object to the processing of personal data concerning you at any time. In this case, we will then stop processing your data, unless legitimate grounds exist to continue that override your interests, rights and freedoms, or where processing serves to assert, exercise or defend legal claims.

Your other rights:

You have the right to obtain information from us about the processing of data concerning you. This comprises access to a copy of this data as well as information on the purposes of processing, the recipients and the duration of storage. If inaccurate personal data is processed, you have the right to request the rectification of this data without undue delay. If the legal requirements stipulated in Article 17 or Article 18 GDPR are met, you also have the right to erasure of data without undue delay or restriction of processing thereof.

Please note that in certain circumstances, it is not possible to restrict processing of data.

In order to exercise the abovementioned rights, please primarily contact the member of the examination office responsible for your degree programme, otherwise contact:

Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover, Akademisches Prüfungsamt, Welfengarten 1, 30167 Hannover; email: studium@uni-hannover.de

Our data protection officer will gladly provide advice regarding any further questions.

For any data protection complaints, please contact:

LfD Niedersachsen, Prinzenstraße 5, 30159 Hannover; email: poststelle@lfd.niedersachsen.de