

Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit (ärztliches Attest)



Erläuterungen für den behandelnden Arzt:

Studierende, die aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheinen oder die Prüfung abbrechen, müssen die Erkrankung glaubhaft machen. Zu diesem Zweck benötigen sie ein Attest, das es dem Prüfungsausschuss ermöglicht, die Rechtsfrage zu beantworten, ob eine Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Die Beantwortung dieser Rechtsfrage ist grundsätzlich nicht Aufgabe des Arztes, sondern liegt in der Verantwortung der Prüfungsbehörde. Sie basiert aber auf Ihren Angaben als medizinischem/r Sachverständigen. Sie werden deshalb um Ihre Ausführungen gebeten.

Studierende sind aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offen zu legen und hierzu erforderlichenfalls den behandelnden Arzt teilweise von der Schweigepflicht zu entbinden. Der Arzt muss dabei nicht die Diagnose bekanntgeben, sondern nur die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen schildern. Dies steht im Einklang mit dem Datenschutz (§ 13 Abs. 3 Nr. 2 LDSG).

Die gesundheitliche Beeinträchtigung muss spätestens am Prüfungstag festgestellt werden, später ausgestellte Bescheinigungen können ohne entsprechende Begründung nicht anerkannt werden.

Studiengang: _____ Matr.Nr.: _____

Name, Vorname: _____

Prüfung: _____

Erklärung der Ärztin / des Arztes:

Meine heutige Untersuchung zur Frage der Prüfungsunfähigkeit bei o.g. Patienten/Patientin hat aus ärztlicher Sicht folgendes ergeben (Krankheitssymptome / Art der Leistungsminderung):

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

(Anmerkung: Schwankungen in der Tagesform, Prüfungsangst, Prüfungsstress u.Ä. sind im rechtlichen Sinne keine erheblichen Beeinträchtigungen.)

O.g. Patient/Patientin ist für die o.g. Prüfung am: _____ (Datum)

bzw. in der Zeit von ... bis: _____ (Zeitraum)

aus medizinischer Sicht nicht prüfungsfähig.

(Datum, Unterschrift, Praxisstempel)