

Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit (Ärztliches Attest)

Erläuterung für den behandelnden Arzt:

Wenn ein Studierender aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint bzw. von der Prüfung zurücktritt, hat er die Erkrankung glaubhaft zu machen.

Zu diesem Zweck benötigt er ein ärztliches Attest, das es dem Prüfungsausschuss erlaubt, aufgrund Ihrer Angaben als medizinischer Sachverständiger die Rechtsfrage zu beantworten, ob eine Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Die Beantwortung dieser Rechtsfrage, ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung den Rücktritt oder Abbruch der Prüfung rechtfertigen kann, ist grundsätzlich nicht Aufgabe des Arztes, sondern vom Prüfungsausschuss zu entscheiden.

Da es für die Beurteilung nicht ausreicht, dass Sie dem Prüfling Prüfungsunfähigkeit attestieren, werden Sie um kurze Ausführungen zu den nachstehenden Punkten 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. Dies bedeutet nicht, dass der Arzt die Diagnose als solche bekannt geben muss, sondern eben nur die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen. Dies steht im Einklang mit dem Datenschutz. Nach §13 Abs. 3 Nr.2 des Landesdatenschutzgesetzes (LDSG) dürfen personenbezogene Daten erhoben werden, wenn ihre Kenntnis für die Aufgabenerfüllung der erhebenden Stelle erforderlich ist.

Hinweis:

Das Attest kann auch formlos erstellt werden, soweit es die folgenden Punkte enthält.

1) Name der untersuchten Person:

Matrikelnummer:	Studiengang:	
Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße und Hausnummer:	PLZ und Wohnort:	

2) Erklärung des behandelnden Arztes:

Bezeichnung der Krankheit (optional)

Krankheitssymptome / Art der Leistungsminderung

Die Gesundheitsstörung ist (bitte ankreuzen):	(<input type="checkbox"/>) dauerhaft, d.h. auf nicht absehbare Zeit	(<input type="checkbox"/>) vorübergehend
<u>Dauer der Erkrankung:</u>	von: _____	bis: _____

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

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

Datum/Stempel/Unterschrift: _____