

Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit (Ärztliches Attest)

Zur Vorlage bei der Prüfungsverwaltung der zuständigen Fakultät

Erläuterungen für die Ärztin/den Arzt:

Wenn Studierende aus gesundheitlichen Gründen eine Prüfung versäumen oder von ihr zurücktreten oder Fristen nicht einhalten können, haben sie ihre krankheitsbedingte Prüfungsunfähigkeit glaubhaft zu machen. Dazu benötigen die Studierenden ein ärztliches Attest, das der Prüfungskommission ermöglicht, aufgrund Ihrer Angaben als medizinischer Sachverständiger die Rechtsfrage zu beantworten, ob eine krankheitsbedingte Prüfungsunfähigkeit vorliegt.

Hierzu werden Sie um kurze Ausführung zu den nachstehenden Punkten gebeten.

Angaben zur untersuchten Person (von den Studierenden auszufüllen)

Nachname, Vorname

Bezeichnung und Datum der Prüfung

Geburtsdatum

Matrikelnr.

Erklärung der Ärztin/des Arztes

1. Meine Untersuchung bei o. g. Patientin/Patienten hat aus ärztlicher Sicht folgende gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Krankheitssymptome) ergeben (z. B. Fieber, bestimmte Schmerzen; eine Diagnose wird explizit nicht abgefragt):
2. Daraus ergeben sich folgende Auswirkungen in der Prüfung (z. B. Störung der Konzentrationsfähigkeit oder der Schreibfähigkeit):
3. Die Gesundheitsstörung ist (bitte ankreuzen):
 auf Prüfungsstress zurück zu führen
 vorübergehend
 hat andere Ursachen
 dauerhaft, d. h. auf nicht absehbare Zeit
4. Dauer der Krankheit: voraussichtlich von _____ bis _____

Aus ärztlicher Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor und es wird empfohlen, aufgrund der genannten Befunde eine Prüfungsunfähigkeit anzuerkennen.

Ort, Datum, Unterschrift Ärztin*Arzt, Stempel

Erklärung des/der Studierenden zu Rücktritt oder Versäumnis von Prüfungen oder Verlängerung von Bearbeitungszeiträumen*

Nachname, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____

Studiengang: _____

Wegen der gemäß beigefügter Prüfungsunfähigkeitsbescheinigung (Ärztliches Attest) festgestellten Erkrankung kann/konnte ich an folgenden Prüfungen nicht teilnehmen bzw. beantrage eine Verlängerung von Bearbeitungszeiträumen:

Modulnummer	Datum der Prüfung	Bezeichnung der Prüfung	Name des/der Prüfenden

Ort, Datum, Unterschrift der/des Studierenden
