

**Formular zur Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit (Ärztliches Attest) zur Vorlage in der
Fachbereichsverwaltung****Erläuterung für die*den behandelnde*n Ärztin*Arzt**

Wenn ein/e Student/in aus gesundheitlichen Gründen nicht zur Prüfung erscheint, hat dieser dem zuständigen Prüfungsamt die Prüfungsunfähigkeit glaubhaft zu machen. Ihre ärztlichen Tatsachenfeststellungen sind Grundlage für die Beurteilung der Prüfungsbehörde, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt oder nicht. Beschreiben Sie bitte die Symptome und die Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit so ausführlich, dass eine solche Beurteilung ohne Rückfragen ermöglicht wird. Studierende sind aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offen zu legen und hierzu erforderlichenfalls die*den behandelnde*n Ärztin*Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden. Dies bedeutet nicht, dass Sie die gesamte Diagnose als solche bekannt geben müssen, sondern nur die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen.

Angaben zur untersuchten Person

Nachname _____
Vorname _____
Straße/Hausnummer _____
Wohnort/Postleitzahl _____
Matrikelnummer _____
Geburtsdatum _____
Studiengang _____ Bachelor Master

Erklärung der*des behandelnden Ärztin*Arztes

Bezeichnung der Krankheit (optional) _____

Krankheitssymptome/ Art der Leistungsminderung _____

Dauer der Krankheit von _____ bis _____

Aus meiner Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor.

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

Ort/Datum/Unterschrift der*des behandelnden Ärztin*Arztes

Praxisstempel