

## Formular zur Bescheinigung einer Prüfungsunfähigkeit Qualifiziertes ärztliches Attest

Zur Vorlage bei den Vorsitzenden des Prüfungsausschusses

### Angaben der zu untersuchenden Person (vom Prüfling auszufüllen!)

<b>Name</b>	
<b>Anschrift</b>	
<b>Hochschule/Universität</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	

### Angaben zur betreffenden Prüfung

Datum der Prüfung: \_\_\_\_\_

Art der Prüfung:

**Prakt. Prüfung**     
  **Mündl. Prüfung**     
  **Schriftl. Prüfung**

### Erklärung der Ärztin / des Arztes: (Von der Ärztin / dem Arzt auszufüllen!)

Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

(voraussichtliche) Dauer der Erkrankung: Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Detaillierte Darstellung der Krankheitssymptome bezogen auf die Prüfung:

---



---



---



---



---



---

Bezeichnung der Krankheit (optional): \_\_\_\_\_

#### Hinweis für die Ärztin / den Arzt:

Wenn Studierende aus gesundheitlichen Gründen zu einem Teil der staatlichen Prüfung nicht erscheinen, sie abbrechen oder vor Beendigung von ihr zurücktreten, haben diese gemäß § 37 HebStPrV dem zuständigen Prüfungsausschuss die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigen die Studierenden ein ärztliches Attest, dass es dem Prüfungsausschuss erlaubt, aufgrund Ihrer Angaben als medizinischer Sachverständiger die Rechtsfrage zu beantworten, ob eine Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Die Beantwortung der Rechtsfrage, ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung den Abbruch der Prüfung oder den Rücktritt von der Prüfung rechtfertigen kann, ist grundsätzlich nicht Aufgabe der Ärztin / des Arztes; dies ist vielmehr letztlich und in eigener Verantwortung von den Vorsitzenden des Prüfungsausschusses zu entscheiden. Da es für die Beurteilung nicht ausreicht, dass Sie dem Prüfling Prüfungsunfähigkeit attestieren, werden Sie um kurze Ausführungen zu den oben stehenden Punkten gebeten. Dies bedeutet nicht, dass Sie die Diagnose als solche bekannt geben müssen, sondern eben nur die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin\*des Arztes

\_\_\_\_\_  
Stempel