

Formular für den Krankheitsnachweis
(Ärztliches Attest)

Erläuterung:

Wenn ein(e) Studierende(r) aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint, sie abbricht oder nach Beendigung von ihr zurücktritt, muss die Erkrankung glaubhaft gemacht werden. Zu diesem Zweck benötigt sie/er ein ärztliches Attest, das es erlaubt, aufgrund der Angaben eines medizinischen Sachverständigen die Rechtsfrage zu beantworten, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Die Beantwortung der Rechtsfrage, ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung den Abbruch der Prüfung oder den Rücktritt von der Prüfung rechtfertigen kann, hat durch die Prüfungsbehörde zu erfolgen. Da es für diese Beurteilung nicht ausreicht und nicht zulässig ist, dass dem Kandidaten „Prüfungsunfähigkeit“ attestiert wird, sind Ausführungen zu den nachstehenden Punkten erforderlich. Studierende sind auf Grund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offen zu legen und hierzu erforderlichenfalls den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin von der Schweigepflicht zu entbinden. Dies bedeutet nicht, dass der Arzt/die Ärztin die Diagnose bekannt geben muss, sondern die durch die Krankheit hervorgerufenen physischen bzw. psychischen Auswirkungen, sofern deren Bekanntgabe einer erfolgreichen Behandlung nicht abträglich ist. Auf §§ 278, 279 StGB (Ausstellen, Gebrauch unrichtiger Gesundheitszeugnisse) wird hingewiesen.

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

1) Untersuchte Person:

Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße, Hausnummer:	Postleitzahl/Wohnort:	Matrikelnummer:
		Versäumte FFP (inkl. Sprache):

2) Erklärung des Arztes:

Meine Untersuchung zur Frage der Prüfungsunfähigkeit hat aus ärztlicher Sicht folgendes ergeben:

Bezeichnung der Krankheit (optional):	
Krankheitssymptome/Art der Leistungsminderung:	
Untersuchungsdatum:	
Die Gesundheitsstörung ist (bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> dauerhaft (d.h. auf nicht absehbare Zeit) <input type="checkbox"/> vorübergehend	
Dauer der Krankheit (voraussichtlich) von:	bis einschl.:

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor (Schwankungen in der Tagesform, Examensangst, Prüfungsstress u.ä. sind **keine rechtlich erheblichen** Beeinträchtigungen).

Datum, Praxisstempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin