



## Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit bei Nichtantritt der Prüfung aus gesundheitlichen Gründen/ ärztliches Attest

<b>Von der/dem Studierenden vollständig auszufüllen! Andernfalls ist keine Bearbeitung möglich!</b>		
Name:		
Vorname:		
Studiengang*:	<input type="checkbox"/> BA	<input type="checkbox"/> MA <input type="checkbox"/> Diplom
Matrikelnummer:		
Krankmeldung für folgende Prüfung(en) - ( <b>Datum, Uhrzeit und Titel</b> der Prüfung)		
	<input type="checkbox"/> schriftlich	<input type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/> praktisch
	<input type="checkbox"/> schriftlich	<input type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/> praktisch

\*Bei Bachelorstudiengängen der GuK ist das jeweilige Hauptfach anzugeben.

### **Erläuterungen für die Ärztin/den Arzt:**

Wenn ein/e Studierende/r aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint, ist die Erkrankung gemäß Prüfungsordnung der Prüfungsbehörde gegenüber nachzuweisen. Zu diesem Zwecke wird ein ärztliches Attest benötigt, das der Prüfungsbehörde erlaubt, aufgrund der Angaben der Ärztin/des Arztes die prüfungsrechtliche Frage zu beantworten, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Die Beantwortung dieser Rechtsfrage ist grundsätzlich nicht Aufgabe der Ärztin/des Arztes; dies ist vielmehr letztlich und in eigener Verantwortung von der Prüfungsbehörde zu entscheiden. Für diese Beurteilung reicht es nicht aus, dass dem Prüfling pauschal Prüfungsunfähigkeit attestiert wird, es müssen kurze Ausführungen zu nachstehenden Punkten vorliegen:

### **Erklärung der Ärztin/des Arztes:**

Meine heutige Untersuchung zur Frage der Prüfungsunfähigkeit bei o.g. Patientin/Patienten hat aus ärztlicher Sicht folgendes ergeben:

1. Es liegen prüfungsrelevante Krankheitssymptome vor, die die psychische oder physische Leistungsfähigkeit deutlich einschränken, wie z.B. Bettlägerigkeit, Fieber, Schmerzen, Konzentrationsstörungen aufgrund der Einnahme von Medikamenten.
2. Es handelt sich nicht um Schwankungen in der Tagesform, Prüfungsstress oder ähnliches. (Diese sind prüfungsrechtlich keine erheblichen Beeinträchtigungen.)

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens gemäß Punkt 1 vor.

Ich bestätige ausdrücklich, dass es sich nicht um eine – wie unter Punkt 2 beschriebene – minimale Einschränkung der Leistungsfähigkeit handelt.

Die Patientin/der Patient ist am \_\_\_\_\_ aus medizinischer Sicht nicht prüfungsfähig.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum (= Prüfungstag)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ärztin/Arzt / Praxisstempel