Technische Universität Dresden

Bereich Bau und Umwelt / Studienbüro

Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit

Zur Vorlage beim Prüfungsausschuss

Erläuterungen für die Ärztin/den Arzt:

Wenn eine Studierende bzw. ein Studierender aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheinen kann, diese abbricht oder nach Beendigung von dieser zurücktritt, ist sie bzw. er gemäß § 36 Abs. 10 SächsHSG verpflichtet, eine ärztliche Bescheinigung über das Vorliegen der Prüfungsunfähigkeit vorzulegen.

EINE KRANKHEITSBEDINGTE PRÜFUNGSUNFÄHIGKEIT IST DURCH EINE VORÜBERGEHENDE GESUNDHEITLICHE BEEINTRÄCHTIGUNG DER BZW. DES STUDIERENDEN GEKENNZEICHNET, DIE IHRE BZW. SEINE LEISTUNGSFÄHIGKEIT WÄHREND DER PRÜFUNG ERHEBLICH VERMINDERT (Fischer, Jeremias, Dieterich, Prüfungsrecht, 8. Auflage, Rn 249).

Prüfungsunfähigkeit im rechtlichen Sinne liegt z. B. **NICHT** vor bei

- Prüfungsstress und Prüfungsängsten,
- leichten (nicht fiebrigen) Erkältungen,
- Dauerleiden (mit oder ohne schwankendem Krankheitsbild, z. B. Depressionen, ADHS, Stoffwechselerkrankungen, hoher oder niedriger Blutdruck, Behinderungen),
- für die konkrete Prüfungsart nicht relevanten Beeinträchtigungen.

EINE ARBEITSUNFÄHIGKEITSBESCHEINIGUNG IST NICHT AUSREICHEND FÜR DIE BESCHEINIGUNG DER PRÜFUNGSUNFÄHIGKEIT.

Ob die Prüfungsunfähigkeit zu einem Rücktritt der Prüfung führt, entscheidet im Nachgang der zuständige Prüfungsausschuss.

Hinweis: Die Bescheinigung kann auch formlos erstellt werden, soweit sie die nachfolgenden, erfragten Angaben enthält.

Angaben zur untersuchten Person:

Name, Vorname Geburtsdatum

Anschrift

Angaben zu Prüfungs(vor-)leistung(en):

(ggf. durch die zu untersuchende Person selbst auszufüllen)

Bezeichnung der Prüfungs(-vor)leistung / Abschlussarbeit / Kolloquium	
Durchführungsform gem. Modulbeschreibung (mündlich, schriftlich, etc.):	
Modulname (aus Modulbeschreibung)	
Modulnummer (aus Prüfungsplan, falls vorhanden).	
Prüfungssemester / Prüfungsdatum:	

☐ Beiblatt für ..... (Anzahl) weitere Prüfungs(vor)leistungen wurde beigefügt.

Erklärung der Ärztin/des Arztes

Die o. g. Patientin/den o. g. Patient habe ich heute, am _____, um

_____Uhr ärztlich untersucht.

Die Untersuchung hat aus ärztlicher Sicht Prüfungsunfähigkeit im Sinne der auf Seite 1 vorgenannten Erläuterungen einer erheblichen Minderung der persönlichen Leistungsfähigkeit der Patientin/des Patienten für die angegebene(n) Prüfungs(vor)leistung(en) ergeben. Die Gesundheitsbeeinträchtigung ist vorübergehend und nicht dauerhaft.

Voraussichtliche Dauer der Krankheit (Datum):

vom ..... bis .....

Zusätzliche Erklärung für den Fall der Prüfungsunfähigkeit nach Prüfungsantritt:

Die gesundheitliche Beeinträchtigung hätte **vor oder während** der Prüfung festgestellt werden können (zutreffendes bitte ankreuzen).

☐ Ja ☐ Nein

Ort, Datum, Praxisstempel Unterschrift der Ärztin/des Arztes