

Von der bzw. dem Studierenden auszufüllen!

Name, Vorname, Matrikel:  
.....

## Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage beim Prüfungsausschuss

### Erläuterungen für die Ärztin / den Arzt:

Wenn eine Studentin oder ein Student aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheinen kann, sie abbricht oder nach Beendigung von ihr zurücktritt, ist sie bzw. er gemäß

- § 13 Abs. 2 BPO des Bachelorstudiengangs Geodäsie und Geoinformation
- § 13 Abs. 2 MPO des Masterstudiengangs Geodäsie
- § 13 Abs. 2 MPO des Masterstudiengangs Geoinformationstechnologien
- § 13 Abs. 2 BPO des Bachelorstudiengangs Geographie
- § 13 Abs. 2 MPO des Masterstudiengangs Geographie
- § 13 Abs. 2 MPO des Masterstudiengangs Raumentwicklung und Naturressourcenmanagement

verpflichtet, dem zuständigen Prüfungsausschuss die vorgetragene gesundheitliche Beeinträchtigung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt die betroffene Person – unter Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht – ein ärztliches Attest, das es dem Prüfungsausschuss erlaubt, aufgrund der Angaben der Ärztin oder des Arztes als medizinischem Sachverständigen die Rechtsfrage zu beantworten, ob eine Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Die Beantwortung der Rechtsfrage, ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung eine Prüfungsunfähigkeit zur Folge hat und damit den Abbruch der Prüfung oder den Rücktritt von der Prüfung rechtfertigen kann, ist grundsätzlich nicht die Aufgabe der Ärztin oder des Arztes, sondern vom Prüfungsausschuss zu entscheiden. **Für die Beurteilung durch den Prüfungsausschuss reicht es nicht aus, wenn die ärztliche Bescheinigung lediglich die Prüfungsunfähigkeit attestiert. Notwendig ist die Beschreibung der für die Prüfung relevanten, konkreten gesundheitlichen Beschwerden und Beeinträchtigungen der zu prüfenden Person sowie die Angabe, welche Auswirkungen sich daraus für ihr Leistungsvermögen in der konkreten Prüfung ergeben. Die genaue Bezeichnung der Krankheit ist nicht erforderlich.** Hinweis: Die ärztliche Bescheinigung kann auch formlos erstellt werden, soweit sie die nachfolgend erfragten Angaben enthält.

**Briefadresse**  
TU Dresden,  
01062 Dresden

**Besuchsadresse**  
Helmholtzstraße 10  
Hülße-Bau, 1.Etage, Nordflügel

**Steuernummer  
(Inland)**  
203/149/02549

**Bankverbindung**  
Commerzbank AG,  
Filiale Dresden

Die TU Dresden ist  
Partner im Netzwerk  
DRESDEN concept

**Paketadresse**  
TU Dresden,  
Helmholtzstraße 10,  
01069 Dresden

**barrierefreier Zugang**  
über Seiteneingang,  
gekennzeichnete Parkflächen  
im Innenhof

**Umsatzsteuer-Id-Nr.  
(Ausland)**  
DE 188 369 991

**IBAN**  
DE52 8504 0000 0800 4004 00  
**BIC**  
COBADEFF850

**DRESDEN  
concept**



**Angaben zur untersuchten Person:**

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Anschrift

**Erklärung der Ärztin / des Arztes**

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

Gesundheitliche Beschwerden und Beeinträchtigung für die Prüfung / Art der Leistungsminderung:

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Bezeichnung der Krankheit (nicht erforderlich und nur bei Einverständnis des Prüflings mitzuteilen):

Stehen die festgestellten gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Zusammenhang mit einer Prüfungsangst bzw. Prüfungsstress?

Ja / Nein

Sind bzw. waren die Krankheitssymptome für die Patientin / den Patienten erkennbar?

Ja / Nein

Bejahendenfalls ab wann?

Handelt es sich bei der Gesundheitsstörung um ein sog. Dauerleiden (chronische Erkrankung), d.h. mit einer Genesung ist in absehbarer Zeit nicht zu rechnen?

Ja / Nein

Dauer der Krankheit vom ..... bis .....

.....  
Ort, Datum, Praxisstempel

.....  
Unterschrift der Ärztin / des Arztes