



**Von der/dem Studierenden auszufüllen!**

Name: .....

Matrikelnummer: .....

## Ärztliche Bescheinigung

### Zur Vorlage beim Prüfungsausschuss

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

Wenn ein Studierender aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheinen kann, sie abbricht oder nach Beendigung von ihr zurücktritt, ist er gemäß §13 (2) der für ihn geltenden Prüfungsordnung (BPO/MPO/DPO) verpflichtet, dem zuständigen Prüfungsausschuss die vorgetragene gesundheitliche Beeinträchtigung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt er - erforderlichenfalls unter Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht – ein ärztliches Attest, das es dem Prüfungsausschuss erlaubt, aufgrund dieser Angaben 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 des Arztes; dies ist Aufgabe der Prüfungsbehörde zu entscheiden. **Für diese Beurteilung reicht es nicht aus, wenn die ärztliche Bescheinigung lediglich die Prüfungsunfähigkeit attestiert. Notwendig ist die Darlegung der konkreten körperlichen und/oder psychischen Beschwerden / Beeinträchtigungen für die Prüfung (Die genaue Bezeichnung der Krankheit ist nicht erforderlich, kann u.U. aber zweckmäßig, weil weniger belastend, sein, wenn bereits hierdurch offensichtlich wird, dass die Leistungsfähigkeit des Prüflings erheblich beeinträchtigt ist.)** Hinweis: Die ärztliche Bescheinigung kann auch formlos erstellt werden, soweit sie die nachfolgend erfragten Angaben enthält.

*Postadresse (Briefe)*  
TU Dresden, 01062 Dresden

*Postadresse (Pakete u.ä.)*  
TU Dresden, Helmholtzstraße 10,  
01069 Dresden

*Besucheradresse*  
Sekretariat:  
Mommsenstraße 12  
Toepler-Bau, Zi. 201  
*Internet*  
[www.tu-dresden.de](http://www.tu-dresden.de)



*Zufahrt*  
Helmholtzstraße,  
gekennzeichnet. Parkfläche im  
Innenhof, Aufzug vorh.

*Steuernummer*  
(Inland)  
203/149/02549  
*Umsatzsteuer-Id-Nr.*  
(Ausland)  
DE 188 369 991

*Bankverbindung*  
Deutsche Bundesbank  
Filiale Dresden  
Konto  
85 001 522  
BLZ 850 000 00

**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 Patienten hat aus ärztlicher Sicht folgendes ergeben:

Bezeichnung der Krankheit (nicht erforderlich):  
.....

Krankheitssymptome / Art der Leistungsminderung / Beeinträchtigung für die Prüfung (z.B. Bettruhe):  
.....  
.....  
.....

Bitte Zutreffendes ankreuzen

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