Von der/dem Studierenden auszufüllen!

Name: .....

Ärztliche Bescheinigung

Zur Vorlage beim Prüfungsausschuss

Erläuterungen für die Ärztin/den Arzt:

Wenn eine Studentin bzw. ein Student aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheinen kann, sie abbricht oder nach Beendigung von ihr zurücktritt, ist sie bzw. er gemäß § 11, 12 oder 13 (Versäumnis, Rücktritt, Täuschung, Ordnungsverstoß, Verzicht) der für den jeweiligen Masterstudiengang gültigen Prüfungsordnung verpflichtet, dem zuständigen Prüfungsausschuss die vorgetragene gesundheitliche Beeinträchtigung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt die bzw. der Studierende unter Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht – ein ärztliches Attest, das es dem Prüfungsausschuss erlaubt, aufgrund der Angaben der Ärztin bzw. des Arztes als medizinischen 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 bzw. des Arztes, sondern vom Prüfungsausschuss.
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 auf 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 nachfolgenden erfragten Angaben enthält.

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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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