



Von der/dem Studierenden auszufüllen!	Studiengang: .....
Name: .....	Matr. Nr.: .....

## 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 BPO Biologie, Molekulare Biotechnologie und MPO Biologie 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 der Angaben eines 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 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 und deren Auswirkungen auf das Leistungsvermögen des Prüflings. Ihre Angabe der genauen Bezeichnung der Krankheit (Ärztliche Diagnose) ist nicht erforderlich. Ihre Angabe kann - wenn der Prüfling sich ausdrücklich damit einverstanden erklärt hat - 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 nachfolgenden erfragten Angaben enthält.

Formblatt siehe Rückseite

**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:

Krankheitssymptome / Art der Leistungsminderung / Beeinträchtigung für die Prüfung:

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

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