

Von der/dem Studierenden auszufüllen!

Name:

Matrikelnummer:

Studiengang:

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 sie bzw. er gemäß Modulprüfungsordnung

- mit Immatrikulation vor WiSe2023/2024:
§ 15 für Lehramt an Grundschulen, Oberschulen und Gymnasien bzw. § 14 für Lehramt an Berufsbildenden Schulen
- mit Immatrikulation ab WiSe2023/2024:
§ 16 für Lehramt an Grundschulen, Oberschulen, Gymnasien und berufsbildenden Schulen
- Konsekutiver Master-Studiengang (*auslaufend*):
§ 15 für Höheres Lehramt an Gymnasien bzw. § 13 für Höheres Lehramt an berufsbildenden Schulen

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 dieser 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 diese Beurteilung 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,
Zentrum für Lehrerbildung, Schul-
und Berufsbildungsforschung,
Studienbüro Lehramt
01062 Dresden

Paketadresse
TU Dresden,
Zentrum für Lehrerbildung, Schul-
und Berufsbildungsforschung,
Studienbüro Lehramt
Helmholtzstraße 10,
01069 Dresden

Besuchsadresse
Seminargebäude II,
2. Etage,
Zellescher Weg 20
01217 Dresden

 **barrierefreier Zugang:**
Zellescher Weg 20,
Aufzug Parkplatz rechts

Die TU Dresden ist
Partnerin im Netzwerk
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 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 sogenanntes
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

Hinweis zum Datenschutz:
Es gilt die Datenschutzerklärung des ZLSB (<https://tud.link/ffd0>).