

Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit (Ärztliche Bescheinigung)

zur Vorlage beim Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit,
Abteilung Gesundheit, Dezernat G1 des Landes Brandenburg

Erläuterung für die Ärztin/den Arzt:

Wenn ein Prüfling aus gesundheitlichen Gründen vor Beginn der Prüfung von dieser zurück tritt, nicht zu einer Prüfung erscheint bzw. diese abbricht, hat er dem Landesprüfungsamt die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt er eine ärztliche Bescheinigung, die es dem Landesprüfungsamt erlaubt, aufgrund Ihrer Angaben als medizinischer Sachverständiger zu beurteilen, ob tatsächlich eine Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Da es für diese Beurteilung nicht ausreicht, dass Sie dem Prüfling Prüfungsunfähigkeit bescheinigen, werden Sie um kurze Ausführungen gebeten, weshalb aufgrund der Beschwerden des Prüflings von einer Prüfungsunfähigkeit auszugehen sei. Hierbei sollen insbesondere die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen nachvollziehbar sein. Prüflinge sind auf Grund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offen zu legen und hierzu erforderlichenfalls die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden.

1.) Patientin/Patient:

Nachname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Anschrift:	
Ausbildungsberuf / Studienrichtung:	Ausbildungseinrichtung:

2.) Erklärung der Ärztin/des Arztes:

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

- Diagnose/n: _____
- Es liegt aus ärztlicher Sicht eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor, aus der eine Prüfungsunfähigkeit resultiert: ja nein
- Die Prüfungsunfähigkeit bezieht sich auf eine
schriftliche Prüfung: ja nein
mündliche Prüfung: ja nein
praktische Prüfung: ja nein

Krankheitssymptome/Art der Leistungsminderung, die für die Annahme der Prüfungsunfähigkeit ursächlich sind:

(ggf. Rückseite oder gesondertes Blatt verwenden)

- Die Gesundheitsstörung besteht seit dem _____ und
dauert voraussichtlich bis zum _____ an.

Ort/Datum

Praxisstempel / Unterschrift