

Dezernat akademische Heilberufe und Gesundheitsfachberufe

Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit (Ärztliche Bescheinigung)

Erläuterung für die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt:

Wenn ein Prüfling aus gesundheitlichen Gründen vor Beginn der Prüfung von dieser zurücktritt, 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 die 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 bzw. den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden.

1. Patientin bzw. Patient:

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum und -ort:

Anschrift:

Studium oder Studien-
richtung:

2. Erklärung der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes:

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

Diagnose:

.....

.....

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
- mündliche Prüfung
- praktische Prüfung.

Folgende Krankheitssymptome und Art der Leistungsminderung sind für die Annahme der Prüfungsunfähigkeit ursächlich.

(ggf. gesondertes Blatt verwenden)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Die Gesundheitsstörung besteht seit dem

und dauert voraussichtlich bis zum

an.

.....

Ort, Datum

.....

Stempel und Unterschrift der Ärztin bzw. des Arztes