

# Ärztliche Bescheinigung über das Bestehen einer krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit

## **Angaben zum/zur Studierenden und zur betroffenen Prüfung**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Datum der Prüfung	Modul	Form der Prüfung	
		<input type="checkbox"/> Klausur	<input type="checkbox"/> mündlich
		<input type="checkbox"/> Klausur	<input type="checkbox"/> mündlich
		<input type="checkbox"/> Klausur	<input type="checkbox"/> mündlich
		<input type="checkbox"/> Klausur	<input type="checkbox"/> mündlich

### Hinweis:

Zur Feststellung der krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit durch den Arzt/die Ärztin steht dieses Formular zur Verfügung. Mit der Verwendung kann sichergestellt werden, dass die ärztliche Bescheinigung alle notwendigen Angaben enthält.

Bitte beachten Sie, dass eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung („gelber Schein“) nicht ausreicht.

### Hinweis zur Prüfungsunfähigkeit:

Aus gesundheitlichen Gründen prüfungsunfähig ist, wessen Leistungsfähigkeit durch erhebliche gesundheitliche Beschwerden physischer oder psychischer Art so beeinträchtigt ist, dass sie/er in einer Prüfungsleistung ihre/seine fachlichen Kenntnisse und Fähigkeiten nicht nachweisen kann – typischerweise durch eine akute, vorübergehende Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes.

Ist sie nicht vorübergehend, rechtfertigt sie keinen Rücktritt von der Prüfung, weil in diesem Fall auch bei einem Rücktritt und Neuansetzen der Prüfung keine bessere Situation für die Kandidatin oder den Kandidaten entsteht. Die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit durch Prüfungsangst oder Prüfungsstress führt grundsätzlich nicht zu einer rechtlich beachtlichen Prüfungsunfähigkeit. Anders ist es, wenn die Schwelle zu einer psychischen Erkrankung überschritten ist. Die Fähigkeit, Prüfungsangst zu beherrschen oder ausgleichen zu können, wird in der Prüfung erwartet.

## **Ärztliche Feststellungen zur krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit**

Datum der Untersuchung zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_

Aus ärztlicher Sicht sind/waren folgende Feststellungen zu treffen:

- Der/Die Studierende ist wegen einer derzeitigen erheblichen Beeinträchtigung des individuellen Leistungsvermögens aus medizinischer Sicht nicht prüfungsfähig in der Zeit vom \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_ bis \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_ .

oder

- Es handelt sich bei der Leistungsbeeinträchtigung um Schwankungen in der Tagesform, Prüfungsstress, Prüfungsangst oder ähnliches  
oder um Krankheitssymptome, die die individuelle Leistungsfähigkeit nur unerheblich beeinträchtigen  
oder auf nicht absehbare Zeit anhalten oder dauerhaft sind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes/der Ärztin

\_\_\_\_\_  
Stempel