



Ärztliche Bescheinigung über das Bestehen einer krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit (durch die Ärztin*den Arzt auszufüllen)

Angaben zur Person des Prüflings Name, Vorname Geburtsdatum Angaben zur betreffenden Prüfung Prüfungsformat Datum der Prüfung (schriftlich, mündlich-praktisch, mündlich) Ärztliche Feststellungen zur krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit Datum der (erstmaligen) Untersuchung zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit: * Bitte unbedingt mit angeben! Maßgeblich ist das Datum an dem die aktuell bestehende Prüfungsunfähigkeit festgestellt wurde. Aus ärztlicher Sicht sind/ waren folgende Feststellungen zu treffen: Der/ die Studierende ist wegen einer derzeitigen, erheblichen Beeinträchtigung des individuellen Leistungsbildes aus medizinischer Sicht nicht prüfungsfähig in der Zeit von ____. bis ____.__. oder Es handelt sich bei der Leistungsbeeinträchtigung um Schwankungen in der Tagesform, Prüfungsstress, Prüfungsangst oder um Krankheitssymptome, die die individuelle Leistungsfähigkeit nur unerheblich beeinträchtigen oder auf nicht absehbare Zeit anhalten oder dauerhaft sind. Hinweise zur Prüfungsunfähigkeit: Krankheitsbedingte Prüfungsunfähigkeit liegt vor, wenn die Leistungsfähigkeit des Prüflings durch erhebliche gesundheitliche Beschwerden physischer oder psychischer Art so beeinträchtigt ist, so dass sie*er in einer Prüfungsleistung ihre*seine fachlichen Kenntnisse und Fähigkeiten nicht nachweisen kann - typischerweise durch eine akute, vorübergehende Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes. Handelt es sich um eine chronische (nicht vorübergehende) Beeinträchtigung, rechtfertigt sie keinen Rücktritt von der Prüfung, da in diesem Fall auch bei einer Wiederholung der Prüfung zu einem späteren Zeitpunkt keine bessere Situation für den Prüfling entsteht. Die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit durch Prüfungsangst oder Prüfungsstress ist nicht als Prüfungsunfähigkeit zu bewerten: Die Fähigkeit, Prüfungsangst zu beherrschen oder ausgleichen zu können, wird in der Prüfung erwartet. Es sei denn, die Schwelle zu einer psychischen Erkrankung ist überschritten.

Unterschrift der Ärztin*des Arztes

Stempel

Ort, Datum