

OTTO-VON-GUERICKE-UNIVERSITÄT MAGDEBURG

Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit/
ärztliches Attest



OTTO VON GUERICKE
UNIVERSITÄT
MAGDEBURG

Vom Studierenden auszufüllen!			
Vorname, Name:	Bachelor	Master	<i>Staatsexam.</i> Diplom
Studiengang:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matrikelnummer:			
Krankmeldung für folgende Prüfung(en) - (Datum und Titel)	schriftlich	mündlich	praktisch
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterungen für den Arzt:

Wenn ein Studierender aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint oder sie abbricht, hat er gemäß Prüfungsordnung dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses gegenüber die Erkrankung nachzuweisen. Zu diesem Zwecke benötigt der Studierende ein ärztliches Attest, das dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses/dem Prüfungsamt erlaubt, aufgrund der Angaben des Arztes die prüfungsrechtliche Frage zu beantworten, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Die Beantwortung dieser Rechtsfrage ist grundsätzlich nicht Aufgabe des Arztes; dies ist vielmehr letztlich und in eigener Verantwortung von der Prüfungsbehörde zu entscheiden. Für diese Beurteilung reicht es nicht aus, dass der Arzt dem Prüfling pauschal Prüfungsunfähigkeit attestiert, es müssen kurze Ausführungen zu nachstehenden Punkten vorliegen:

Erklärungen des Arztes:

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

1. Es liegen prüfungsrelevante Krankheitssymptome vor, die die psychische oder physische Leistungsfähigkeit deutlich einschränken, wie z.B. Bettlägerigkeit, Fieber, Schmerzen, Konzentrationsstörungen aufgrund der Einnahme von Medikamenten.
2. Es handelt sich nicht um Schwankungen in der Tagesform, Prüfungsstress und ähnliches. (Dies sind im Sinne der Prüfungsfähigkeit keine erheblichen Beeinträchtigungen.)

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens gemäß Punkt 1 vor. Ich bestätige ausdrücklich, dass es sich nicht um eine, wie unter Punkt 2 beschriebene minimale Einschränkung der Leistungsfähigkeit handelt.

Der Patient ist vom: _____ bis _____ aus medizinischer Sicht nicht prüfungsfähig.

Ort, Datum (=Prüfungstag)

Unterschrift des Arztes/Praxisstempel