



Formular zur Bescheinigung von Prüfungsunfähigkeit (Ärztliches Attest)

zur Vorlage bei der zuständigen Prüfungsbehörde der Hochschule RheinMain

Erläuterungen für die Ärztin / den Arzt:

Wenn Studierende krankheitsbedingt nicht zu einer Prüfung erscheinen, von ihr zurücktreten oder den Bearbeitungszeitraum verlängern wollen, haben sie dies der zuständigen Prüfungsbehörde unverzüglich anzuzeigen und glaubhaft zu machen. Hierfür benötigen sie ein ärztliches Attest, das es der Prüfungsbehörde erlaubt, aufgrund Ihrer Angaben als medizinischer Sachverständiger die Rechtsfrage zu beantworten, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Die Beantwortung der Rechtsfrage, ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung den Abbruch der Prüfung oder den Rücktritt von der Prüfung rechtfertigen kann, ist grundsätzlich nicht Aufgabe des Arztes; dies ist vielmehr in eigener Verantwortung von der Prüfungsbehörde zu entscheiden. Da es für diese Beurteilung nicht ausreicht, dass Sie dem Prüfling Prüfungsunfähigkeit attestieren oder eine einfache Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellen, werden Sie hiermit um kurze Ausführungen zu den nachstehenden Punkten gebeten. Studierende sind auf Grund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offenzulegen und hierzu erforderlichenfalls den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden. Dies bedeutet nicht, dass der Arzt die Diagnose als solche bekannt geben muss, sondern nur die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen und die Auswirkungen auf die Prüfung. Dies steht im Einklang mit dem Datenschutz. Die Datenerhebung ist gemäß § 20 Abs. 1 Nr. 4a des Hessischen Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetzes (HDSIG) zulässig.

1. Untersuchte Person:

| | |
|---------------|-----------------|
| Nachname: | Vorname: |
| Straße, Nr.: | PLZ, Wohnort: |
| Geburtsdatum: | E-Mail: |
| Studiengang: | Matrikelnummer: |

2. Erklärung der Ärztin/des Arztes:

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

Krankheitssymptome bzw. Art der Leistungsminderung: _____

Die Angaben müssen so formuliert sein, dass eine vorliegende Prüfungsunfähigkeit prüfbar ist (vgl. Obige Erläuterungen).

Bezeichnung der Krankheit (optional): _____

Prüfungsstress / Examensangst ist ursächlich für die oben genannte Leistungsminderung: ja *) nein

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor: ja nein *)

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt Prüfungsunfähigkeit für schriftliche mündliche sonstige Prüfungen vor.

Die Krankheit ist vorübergehend dauerhaft, das heißt von nicht absehbarer Zeit.

Dauer der Krankheit: von: _____ bis einschließlich: _____

Zusätzliche Angaben bei schriftlichen Ausarbeitungen, Bachelor-, Masterthesen und Diplomarbeiten

Welche Verlängerung wird angesichts des Grades der Leistungsminderung befürwortet? (beispielsweise wenn die untersuchte Person die Arbeit zumindest eingeschränkt fortsetzen kann)

Ort, Datum: _____

Praxisstempel & Unterschrift: _____

*) Das Attest kann nicht akzeptiert werden!

Dieses Attest ist als Anlage des Antrags auf Feststellung von Prüfungsunfähigkeit oder des Antrages auf Abgabeverlängerung einer schriftlichen Arbeit zu verwenden.