## Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit (Ärztliches Attest)



Zur Vorlage bei der Hochschule RheinMain

Erläuterungen	fiir	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 medizinische:r Sachverständige:r 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 der Ärztin/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 die Ärztin/der Arzt die Diagnose als solche bekannt geben muss, sondern nur die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen und deren 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.

und hierzu erforderlichenfalls den behandelnd tin/der Arzt die Diagnose als solche bekannt gel psychischen Auswirkungen und deren Auswirku	rpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigk len Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden. I ben muss, sondern nur die durch die Krankheit h ungen auf die Prüfung. Dies steht im Einklang mit en Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetze	Dies bedeutet nervorgerufene t dem Datensc	nicht, dass die Ärz en körperlichen bzw hutz, die Datenerhe	
1. Untersuchte Person:				
Name, Vorname:	Geburtsdatum:			
Straße, Nr.:	PLZ, Wohnort:			
Studiengang:	Matrikelnummer:			
2. Erklärung der Ärztin/des Arztes Meine heutige Untersuchung bei o.g. Pa Art der Leistungsminderung und		t Folgendes	s ergeben:	
Auswirkungen auf die Prüfung:				
Bezeichnung der Krankheit (optional):				
Examensangst/Prüfungsstress sind <b>ursäc</b>	<b>chlich</b> für die o.g. Leistungsminderung	□ ja *)	□ nein	
Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhe vermögens vor	ebliche Beeinträchtigung des Leistungs-	□ ja	nein *)	
Aus meiner ärztlichen Sicht liegt Prüfungsunfähigkeit vor für (bitte ankreuzen)			☐ schriftliche ☐ mündliche ☐ sonstige (z.B. praktische): Prüfungen.	
Die Gesundheitsstörung ist (bitte ankreuzen	ı): 🔲 dauerhaft, d.h. auf nicht absehbare	e Zeit □ v	orübergehend	
Dauer der Krankheit:	·	<del>-</del>	C	

Zusätzliche Angaben bei schriftlichen Ausarbeitungen, Bachelor- und Masterthesen

Welche Verlängerung wird angesichts des Grades der Leistungsminderung befürwortet (z.B., wenn o.g. Patientin/Patient die Arbeit zumindest eingeschränkt fortsetzen kann)?

Bis einschließlich:

Ort und Datum:	Praxisstempel und Unterschrift:

\*) Attest kann nicht akzeptiert werden!

Von: