

Ärztliche Bescheinigung über das Bestehen einer krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit

(durch den Arzt/die Ärztin auszufüllen)

Angaben zum/zur Studierenden und zur betroffenen Prüfung

notwendige Angaben zum/zur Studierenden

Name, Vorname

Geburtsdatum

notwendige Angaben zur Prüfung

Datum der Prüfung (bei Hausarbeit Laufzeit)	Form der Prüfung		
	handschriftlich (Klausur)	schriftlich Hausarbeit	mündlich
	handschriftlich (Klausur)	schriftlich Hausarbeit	mündlich
	handschriftlich (Klausur)	schriftlich Hausarbeit	mündlich
	handschriftlich (Klausur)	schriftlich Hausarbeit	mündlich

Hinweis:

Die Nutzung dieses Formulars ist wünschenswert, aber nicht zwingend; ausreichend ist eine ärztliche Bescheinigung über das Bestehen der Prüfungsunfähigkeit. Eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ("gelber Schein") genügt hingegen nicht.

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 (erstmaligen) Untersuchung zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit: ____|____|____.

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 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