

Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit (qualifiziertes ärztliches Attest)

Erläuterungen:

Die für das Versäumnis eines Prüfungstermins oder für den Rücktritt nach Beginn einer Prüfung geltend gemachten Gründe müssen dem Prüfungsamt unverzüglich schriftlich angezeigt und glaubhaft gemacht werden. Bei Krankheit ist ein ärztliches Attest unverzüglich, d. h. ohne schuldhaftes Verzögern, **spätestens bis zum dritten Tag** nach dem Prüfungstermin im Prüfungsamt vorzulegen. Das Attest muss die Prüfungsunfähigkeit erkennen lassen. Die Vorlage eines amtsärztlichen Attestes kann verlangt werden.

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 letztlich und in eigener Verantwortung vom Prüfungsausschuss zu entscheiden.**

Die Studierenden sind aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offen zu legen und hierzu erforderlichenfalls den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden. Für den Fall, dass Studierende ihre Ärztin / ihren Arzt nicht von der Schweigepflicht befreien möchten, kann dem Prüfungsamt auch immer ein amtsärztliches Attest vorgelegt werden. Zur hier dargestellten Verfahrensweise vgl. die zustimmenden Ausführungen des Landesbeauftragten für Datenschutz Rheinland-Pfalz (14. und 20. Tätigkeitsbericht, jeweils Punkt 8.2.3 - <http://www.datenschutz.rlp.de/downloads/tb/tb14.pdf>; <http://www.datenschutz.rlp.de/downloads/tb/tb20.pdf>)

Angaben zur Person:

Nachname:	Vorname:
Geburtsdatum:	E-Mail Adresse:
Studiengang:	Matr.-Nr.:

Erklärung des Arztes:

Datum der Untersuchung:
Für den <u>Laien</u> verständliche Diagnose ggf. Symptome (kein ICD-Code):
Voraussichtliche Dauer der Erkrankung: von _____ bis _____

- Aus ärztlicher Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor, sodass eine Prüfungsunfähigkeit gegeben ist. (Wenn zutreffend, bitte ankreuzen)

Ort & Datum: _____ Praxisstempel & Unterschrift: _____

Angaben zur Prüfung:

(Bitte geben Sie hier alle angemeldeten Prüfungen an, die innerhalb des oben bescheinigten Zeitraums fallen.)

Datum:	Bezeichnung der Prüfung: