

## Bescheinigung über die Prüfungsunfähigkeit durch Fach- oder Hausarzt

(gemäß § 9 Abs. 1 DHGEPrüfO vom 4. Oktober 2017)

### Vom Arzt auszufüllen:

Hinweis: Wenn Studierende zu einem Prüfungstermin nicht erscheinen oder nach Beginn der Prüfung von ihr zurücktreten oder für eine selbstständig und ohne Aufsicht zu erstellende Prüfungsleistung einen festgelegten Abgabetermin versäumen, dann müssen sie im Falle einer Erkrankung oder einer sonstigen gesundheitlich bedingten Verhinderung der Hochschule unverzüglich ein **ärztliches Attest** vorlegen, **das eine Aussage über die Prüfungsfähigkeit der Studierenden im betreffenden Prüfungszeitraum beinhaltet**. Eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung reicht hierfür nicht aus.

### 1. Angaben zur untersuchten Person:

\_\_\_\_\_

(Name)

\_\_\_\_\_

(Vorname)

\_\_\_\_\_

(Geburtsdatum)

hat sich am \_\_\_\_\_ (Datum) bei mir vorgestellt.

### 2. Erklärung des Arztes:

Die Frage der Prüfungsfähigkeit der von mir untersuchten Person beantworte ich aus ärztlicher Sicht wie folgt (*Zutreffendes bitte ankreuzen*):

Prüfungsunfähigkeit liegt vor für:

schriftliche Prüfungen im Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ / am \_\_\_\_\_

mündliche Prüfungen im Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ / am \_\_\_\_\_

die Bearbeitung länger andauernder Prüfungsleistungen (z. B.: Bachelorarbeiten, Projektarbeiten, etc.) im Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ .

Ich kann ausschließen, dass es sich bei den Beschwerden um Schwankungen in der Tagesform, Prüfungsstress, Prüfungsangst oder Ähnliches handelt, d. h. die Prüfungssituation löst die Beschwerden weder mittelbar noch unmittelbar aus.

\_\_\_\_\_

(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_

(Unterschrift Arzt / Ärztin)

\_\_\_\_\_

(Praxisstempel)

**Von dem / der Studierenden auszufüllen:**

Hinweis: Im Falle einer Erkrankung oder einer sonstigen gesundheitlich bedingten Verhinderung müssen Sie dem für Sie zuständigen Sekretariat für Studienorganisation unverzüglich die Bescheinigung über Ihre Prüfungsfähigkeit im betreffenden Prüfungszeitraum einreichen. Bitte geben Sie alle Prüfungen im Zeitraum der Prüfungsunfähigkeit an.

Studienrichtung: \_\_\_\_\_

Matrikelnummer: \_\_\_\_\_

<b>Modul:</b>	<b>Art der Prüfung:</b>	<b>Prüfungstermin:</b>	<b>Abgabetermin:</b>

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des/der Studierenden)