



BERUFSAKADEMIE SACHSEN

Staatliche Studienakademie Leipzig

Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit (Ärztliches Attest)

zur Vorlage beim Prüfungsausschuss

Erläuterungen für den behandelnden Arzt:

Wenn ein Student aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfungsleistung erscheint, sie abbricht oder nach Beendigung von ihr zurücktritt, hat er gemäß § 14 Abs. 2 der Prüfungsordnung der jeweiligen Studiengänge der Staatlichen Studienakademie Leipzig vom 01.10.2014 dem Prüfungsausschuss die Erkrankung unverzüglich glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt er dieses ärztliche Attest, das es dem Prüfungsausschuss erlaubt, aufgrund Ihrer Angaben als medizinischer Sachverständiger die Rechtsfrage zu beantworten, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt.

Die Beantwortung der Rechtsfrage, ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung den Rücktritt oder Abbruch von der Prüfungsleistung rechtfertigen kann, ist grundsätzlich nicht Aufgabe des Arztes und fällt damit auch nicht in seinen Verantwortungsbereich. Vielmehr entscheidet letztendlich der Prüfungsausschuss der Prüfungsbehörde in eigener Verantwortung. Da es für diese Beurteilung nicht ausreicht und auch nicht zulässig ist, dass Sie dem Studenten lediglich „Prüfungsunfähigkeit“ attestieren, werden Sie um Ausführungen zu den nachstehenden Punkten gebeten. Studenten sind aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht im Prüfungsverfahren grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offen zu legen 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 eben nur die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen und psychischen Auswirkungen. Die genaue Bezeichnung der Krankheit kann unter Umständen zweckmäßig sein, da durch sie offensichtlich gemacht wird, dass die Leistungsfähigkeit des Prüflings erheblich beeinträchtigt ist (z.B. fieberige Erkältung).

Hinweis: Das Attest kann auch formlos ausgestellt werden, soweit es die folgenden Angaben enthält.

Angaben zur untersuchten Person

Name, Vorname Stöckert, Angela	Matrikelnummer 5000559
Straße Herrmann-Meyer-Str. 11	PLZ, Ort 04207 Leipzig
Geburtsdatum 22.09.1987	

Erklärung des Arztes

Meine heutige Untersuchung zur Frage der Prüfungsunfähigkeit bei o. g. Patienten hat aus ärztlicher Sicht folgendes ergeben:

Krankheitssymptome / Art der Leistungsminderung

Bezeichnung der Krankheit (optional)

Aus ärztlicher Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor ¹⁾ ☐ ja ☐ nein

Die Krankheitssymptome stehen in Zusammenhang mit Examensangst / Prüfungsstress ¹⁾ ☐ ja ☐ nein

Die Gesundheitsstörung ist ¹⁾ ☐ dauerhaft, d.h. auf nicht absehbare Zeit ☐ vorübergehend

Voraussichtliche Dauer der Erkrankung von _____ bis einschließlich _____

Zusätzliche Angabe bei Projekt-, Seminar- und Bachelorarbeiten

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

Tage

Leipzig, 15.05.2018

Ort, Datum

(Praxis-/Kassenstempel)

Unterschrift

¹⁾ Zutreffendes bitte ankreuzen