

Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit – Ärztliches Attest

bitte nur online über horstl übermitteln!



Erläuterungen: Ein Prüfling, der aus gesundheitlichen Gründen vor dem Prüfungstermin von einer Prüfung zurücktritt, sie nach Beginn abbricht, sie versäumt oder einen Abgabetermin nicht einhält, hat dies nach den Allg. Bestimmungen für Bachelor- und Masterstudiengänge der Hochschule Fulda unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) schriftlich anzuzeigen und glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigen die Studierenden ein ärztliches Attest, das der Prüfungsbehörde die Beantwortung der Rechtsfrage ermöglicht, ob eine anererkennungsfähige Prüfungsunfähigkeit vorgelegen hat. Für diese Beurteilung ist es erforderlich, dass die unter Punkt 2 geforderten Angaben gemacht werden. Es kann auch ein formloses Attest erstellt werden, sofern es die erforderlichen Angaben enthält.

!Nicht ausreichend ist eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung oder eine Bescheinigung zur Vorlage in der Schule!

1. Angaben zur untersuchten Person (von der bzw. dem Studierenden auszufüllen):

Name, Vorname: Zameer, Talah	Geburtsdatum: 30.08.1993	Matrikel-Nr.: 1251221
Straße, Hausnummer:	PLZ, Wohnort:	Studiengang:
Veranstaltung/Modulnummer:	Datum der Prüfung:	Prüfer*in:

Ich beantrage den Rücktritt von den o. g. Modulprüfungen bzw. bei Prüfungsleistungen mit mehrtägigen Bearbeitungsfristen (z. B. Hausarbeiten, Abschlussarbeit) die Verlängerung der Bearbeitungszeit wegen krankheitsbedingter Prüfungsunfähigkeit. Ich entbinde die untersuchende Ärztin / den untersuchenden Arzt von ihrer bzw. seiner Schweigepflicht soweit es in diesem Fall für die Beurteilung der Prüfungsunfähigkeit erforderlich ist.

01.04.2020

Datum

X

Unterschrift Studierende*r

2. Erklärung der Ärztin oder des Arztes:

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

- a) Es liegen prüfungsrelevante Krankheitssymptome vor, die die psychische und/oder physische Leistungsfähigkeit deutlich einschränken, wie z. B. Fieber, Schmerzen, Bettlägerigkeit oder Konzentrationsstörungen aufgrund der Einnahme von Medikamenten.
- b) Es handelt sich nicht um Schwankungen in der Tagesform, Prüfungsstress oder Prüfungsangst, die die Leistungsfähigkeit nur unerheblich einschränken.

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens gemäß Punkt 2a) vor. Ich bestätige ausdrücklich, dass es sich nicht um eine wie unter Punkt 2b) beschriebene minimale Einschränkung der Leistungsfähigkeit handelt.

Die o.g. Patientin / den o.g. Patient habe ich heute um _____ Uhr ärztlich untersucht.

Die Patientin / der Patient ist aus medizinischer Sicht prüfungsunfähig

☐ für schriftliche Prüfungen vom _____ bis _____ (Datum erforderlich!)

☐ für mündliche Prüfungen vom _____ bis _____ (Datum erforderlich!)

☐ für sonstige Prüfungen: _____
vom _____ bis _____ (Datum erforderlich!)

☐ dauerhaft, d.h. auf nicht absehbare Zeit

Bei Abbruch der Prüfung bzw. Rücktritt nach Beendigung der Prüfung:

- Beginn der Erkrankung: ☐ vor der Prüfung ☐ während der Prüfung (bitte ankreuzen!)
- Zeitpunkt der Erkennbarkeit für den Prüfling: ☐ vor / ☐ während / ☐ nach der Prüfung (bitte ankreuzen!)

X

Ort, Datum

Unterschrift d. Arztes / d. Ärztin und Praxisstempel