Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit (Ärztliches Attest)

Zur Vorlage bei der ASP-Koordination

Erläuterung für den Arzt_die Ärztin:

Wenn ein_e Studierende_r aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint, sie abbricht oder von ihr zurücktritt, hat er_sie gemäß der Prüfungsordnung der Ständigen Prüfungskommission die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt er_sie ein ärztliches Attest, das der Ständigen Prüfungskommission bzw. Prüfungsamt erlaubt, aufgrund Ihrer Angaben als medizinische_r Sachverständige_r die Rechtsfrage zu beantworten, ob eine Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Die Beantwortung der Rechtsfrage, ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung den Abbruch oder den Rücktritt der Prüfung rechtfertigen kann, ist grundsätzlich nicht die Aufgabe des Arztes_der Ärztin; dies ist vielmehr letztlich und in eigener Verantwortung von der Prüfungsbehörde zu entscheiden. Da es für diese Beurteilung nicht ausreicht, dass Sie dem_der zu Prüfenden pauschal eine Prüfungsunfähigkeit attestieren, werden Sie um eine kurze Ausführung zu den nachstehenden Punkten gebeten. Mit der Bitte um das Ausfüllen dieses Attests erklärt der_die Studierende seine_ihre Einwilligung dazu, dass Sie dem Prüfungsamt die nachstehenden Informationen mitteilen. Dies geschieht im Einklang mit dem Datenschutzgesetz. Nach § 9 Abs. 1 Nr. 3 des Nds. Datenschutzgesetzes (NDSG) dürfen personenbezogene Daten erhoben werden, wenn ihre Kenntnis für die Aufgabenerfüllung der erhebenden Stelle erforderlich ist.

Angaben zur untersuchten Person (von dem_der Studierenden auszufüllen):

Nachname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Matrikelnummer:
Bezeichnung und Datum der Prüfung:	

Erklärung der Ärztin oder des Arztes:

Meine Untersuchung zur Frage der Prüfungsunfähigkeit bei o.g. Patient_in hat aus ärztlicher Sicht folgende gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Krankheitssymptome) ergeben (z.B. Fieber):

Daraus ergeben sich folgende Auswirkungen in der Prüfung (z.B. Konzentrationsschwäche):

Die Gesundheitsstörung ist (bitte ankreuzen) ☐ dauerhaft (d.h. auf nicht absehbare Zeit) ☐ vorübergehend		
Dauer der Krankheit (voraussichtlich)	von:	bis:
Untersuchungsdatum:		

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor (Schwankungen in der Tagesform, normale Prüfungsangst, normaler Prüfungsstress u. ä. sind **keine rechtlich erheblichen** Beeinträchtigungen).

_____	_____	_____
Ort/Datum	Unterschrift	Praxisstempel