



## Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit (Ärztliches Attest)

### Erläuterung für den Arzt:

Wenn Studierende aus gesundheitlichen Gründen eine Prüfung versäumen oder von ihr zurücktreten, haben sie ihre Prüfungsunfähigkeit glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigen Studierende ein ärztliches Attest, welches dem Prüfungsausschuss erlaubt, aufgrund Ihrer Angaben als medizinischer Sachverständiger die Rechtsfrage zu beantworten, ob eine Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Die Beantwortung der Rechtsfrage, ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung den Abbruch oder Rücktritt von der Prüfung rechtfertigen kann, ist grundsätzlich nicht Aufgabe des Arztes; dies ist vielmehr letztlich und in eigener Verantwortung vom Prüfungsausschuss zu entscheiden.

Da es für diese Beurteilung nicht ausreicht, dass Sie dem Prüfling pauschal Prüfungsunfähigkeit attestieren, werden Sie als medizinischer Sachverständiger gebeten, einen Nachweis (Attest) zu erstellen, aus dem die **gesundheitlichen Beeinträchtigungen** und die sich daraus ergebenden **Einschränkungen für die betroffene Prüfung** hervorgehen. Eine **Diagnose wird nicht abgefragt**.

Mit der Bitte um Ausfüllen dieses Attestes erklärt der Prüfling seine Einwilligung dazu, dass Sie dem Prüfungsausschuss die nachstehenden Informationen mitteilen. Dies steht im **Einklang mit dem Datenschutz**, nach dem die Verarbeitung personenbezogener Daten rechtmäßig ist, wenn sie in Ausübung öffentlicher Gewalt erfolgt, die dem Verantwortlichen (hier der Universität gem. § 17 Abs. 1 S. 1 Nds. Hochschulgesetz i.V.m. der aktuell gültigen Rahmenprüfungsordnung) übertragen wurde (§ 3 Nds. Datenschutzgesetz i.V.m. Art. 6 Abs. 1, S. 1 Buchstabe e Datenschutz-Grundverordnung).

Hinweis: Das Attest kann auch formlos erstellt werden, soweit es die folgenden Punkte erhält.

### **Name der untersuchten Person:**

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse oder Tel.-Nr.

\_\_\_\_\_  
Matr.-Nr.

\_\_\_\_\_  
Studiengang

\_\_\_\_\_  
Betroffene Prüfung (z. B. Klausur(en) mit Angabe der Modulnr./Prüfungsnummer, Abschlussarbeit):

### **Erklärung des Arztes:**

Meine heutige Untersuchung zur Frage der Prüfungsunfähigkeit bei o.g. Patientin/Patient hat aus ärztlicher Sicht ergeben, dass folgende gesundheitliche Beeinträchtigungen und sich daraus ergebende Einschränkungen im Hinblick auf die betroffene Prüfung vorliegen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die Gesundheitsstörung ist (bitte ankreuzen):

auf Prüfungsstress zurückzuführen     dauerhaft, d.h. auf nicht absehbare Zeit     vorübergehend

Dauer der Krankheit:

von:

bis einschl.:

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

Praxisstempel: