

Ärztliches Attest zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit

Zur Vorlage beim Studierendensekretariat der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus

Erläuterung für den Arzt:

Wenn ein Studierender aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint, sie abbricht oder nach Beendigung von ihr zurücktritt, hat er gemäß der Prüfungsordnung die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt er ein ärztliches Attest, das es der Prüfungsbehörde erlaubt, aufgrund Ihrer Angaben als medizinischer Sachverständiger die Rechtsfrage zu beantworten, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Die Beantwortung der Rechtsfrage, ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung den Abbruch der Prüfung oder den Rücktritt von der Prüfung rechtfertigen kann, ist grundsätzlich nicht Aufgabe des Arztes; dies ist vielmehr letztlich und in eigener Verantwortung von der Prüfungsbehörde zu entscheiden. Da es für diese Beurteilung nicht ausreicht, dass Sie dem Prüfling Prüfungsunfähigkeit attestieren, werden Sie um kurze Ausführungen zu den nachstehenden Punkten gebeten. Studierende sind aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offen zulegen. Dazu wurden Sie von Ihrer ärztlichen Schweigepflicht entbunden (siehe Rückseite). Dies bedeutet nicht, dass Sie die Diagnose als solche bekannt geben müssen, sondern eben nur die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen.

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

1.) Name der untersuchten Patientin oder des Patienten

Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum:
Strasse und Hausnummer:	PLZ und Wohnort:	

2.) Erklärung des Arztes:

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

Bezeichnung der Krankheit (optional):

Krankheitssymptome / Art der Leistungsminderung:

Sind bzw. waren die Symptome für die Patientin/den Patienten erkennbar? (bitte ankreuzen) Ja Nein

Die Gesundheitsstörung ist (bitte ankreuzen): dauerhaft, d.h. auf nicht absehbare Zeit vorübergehend

Dauer der Krankheit:	von: _ . _ . _ . _ . _ .	bis einschließlich.: _ . _ . _ . _ . _ .
----------------------	--------------------------	--

Zusätzliche Angaben bei Diplom-, Bachelor-, Master-, Seminar- oder Hausarbeiten:

Welche Verlängerung wird angesichts des Grades der Leistungsminderung befürwortet?

(z.B. wenn o.g. Patientin oder Patient die Arbeit nur eingeschränkt fortsetzen kann, so dass eine Verlängerung über den gesamten Krankheitszeitraum aus Gründen der Chancengleichheit unangemessen ist)

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

Datum, Praxisstempel und Unterschrift

Absender: _____
(Name, Anschrift)

Erklärung
zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich _____
(Name und Anschrift des Arztes)

von ihrer/ seiner ärztlichen, gesetzlichen oder vertraglichen Schweigepflicht. Anlass für diese freiwillig abgegebene Erklärung ist die Feststellung der Prüfungsunfähigkeit.

Cottbus, den

Unterschrift