

Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit - Ärztliches Attest -

Zur Vorlage im Studiendekanat der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Erläuterungen für die Ärztin / den Arzt

(aus Gründen der Lesbarkeit wird im Folgenden nur die männliche Form verwendet)

Wenn ein Studierender aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint oder sie abbricht, hat er gemäß Studienordnung dem zuständigen Vorsitzenden des Studienausschusses die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt der Studierende ein ärztliches Attest, das dem Vorsitzenden des Studienausschusses erlaubt, aufgrund Ihrer Angaben als medizinischem Sachverständigen 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 pauschal Prüfungsunfähigkeit attestieren, werden Sie um kurze Ausführungen zu den nachstehenden Punkten gebeten. Mit der Bitte um Ausfüllen dieses Attestes erklärt der Studierende seine Einwilligung dazu, dass Sie dem Vorsitzenden des Studienausschusses die nachstehenden Informationen mitteilen. Dies geschieht im Einklang mit dem Datenschutzgesetz. Der Prüfling kann die Einwilligung verweigern und auch mit Wirkung für die Zukunft widerrufen (§ 12 Abs. 2 Landesdatenschutzgesetz). Jedoch kann dies zur Folge haben, dass kein triftiger Grund im Sinne der Studienordnungen vorliegt und daher die Prüfung für „nicht ausreichend“ erklärt werden kann.

Angaben zur untersuchten Person:

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ	Wohnort

Erklärung der Ärztin oder des Arztes:

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

1. Es liegen prüfungsrelevante Krankheitssymptome vor, die die psychische oder physische Leistungsfähigkeit deutlich einschränken, wie z.B. Bettlägerigkeit, Fieber, Schmerzen oder Konzentrationsstörungen aufgrund der Einnahme von Medikamenten.
2. Es handelt sich nicht um Schwankungen in der Tagesform, Prüfungsstress und ähnliches. (Dies sind im Sinne der Prüfungsfähigkeit keine erheblichen Beeinträchtigungen.)

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens gemäß Punkt 1 vor. Ich bestätige ausdrücklich, dass es sich nicht um eine, wie unter Punkt 2 beschriebene, minimale Einschränkung der Leistungsfähigkeit handelt.

Die Patientin / der Patient ist aus medizinischer Sicht am _____ (Datum) bzw.

im Zeitraum vom _____ (Datum erster Tag) bis _____ (Datum letzter Tag)

nicht prüfungsfähig.

Prüfungsunfähigkeit besteht für folgende Prüfungsleistungsart(en):

mündlich schriftlich praktisch Sonstige: _____

Die betroffenen Prüfungen sind dem beigefügten **Antrag auf Rücktritt aus triftigem Grund** zu entnehmen.

Datum, Unterschrift und Praxisstempel

Hinweis für die Studierende / den Studierenden:

Das Attest ist zusammen mit dem entsprechenden Antrag auf Rücktritt bzw. Fristverlängerung vorzulegen.