

Ärztliches Attest: Prüfungsabbruch zur Vorlage beim Prüfungsausschuss der FH Südwestfalen

Angaben zur Prüfung (vom Studierenden auszufüllen):

Name des Prüflings Vorname Matrikel-Nr.

Fachbereich: _____ Studiengang: _____

Bezeichnung der Prüfung: _____ Prüfungstermin: _____

Erläuterungen für die Ärztin/den Arzt:

Wenn eine Studierende/ein Studierender aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint, sie abbricht oder nach Beendigung von ihr zurücktritt, hat sie/er nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts dem zuständigen Prüfungsausschuss die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt sie/er ein ärztliches Attest, das es dem Prüfungsausschuss erlaubt, aufgrund Ihrer Angaben als medizinische/r Sachverständige/r die Rechtsfrage zu beantworten, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Da es für diese Beurteilung nicht ausreicht, dass Sie dem Prüfling Prüfungsunfähigkeit attestieren, werden Sie um kurze Ausführungen zu den nachstehenden Punkten gebeten. Die Diagnose selbst muss nicht genannt werden, wohl aber die körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen, die die Leistungsfähigkeit mindern oder an der Prüfungsteilnahme hindern. Studierende sind auf Grund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung ihrer Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offen zu legen und hierzu erforderlichenfalls den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden. Dies steht im Einklang mit § 12 Abs.1 des Datenschutzgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen. Atteste, die nach dem Prüfungstag ausgestellt werden, werden in der Regel nicht von der Prüfungsbehörde akzeptiert.

Hinweis: Das Attest kann auch formlos erstellt werden, soweit es die nachfolgenden Angaben enthält.

Darstellung der krankheitsbedingten Beeinträchtigungen / Benennung der Krankheitssymptome:

Zeitpunkt der Untersuchung/Befunderhebung: _____

Patient/in erkrankt am: _____

Voraussichtliche Dauer der Erkrankung bis einschließlich: _____

Aus ärztlicher Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor.

Ort und Datum, Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes