

**Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit  
 (ärztliches Attest)**

zur Vorlage beim Prüfungsausschuss

**Erläuterungen für den behandelnden Arzt:**

Wenn ein Student aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfungsleistung erscheint, sie abbricht oder nach Beendigung von ihr zurücktritt, hat er gemäß der gültigen Prüfungsordnungen der Staatlichen Studienakademie Dresden dem Prüfungsausschuss die Erkrankung unverzüglich glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt er dieses ärztliche Attest, das es dem Prüfungsausschuss erlaubt, aufgrund Ihrer Angaben als medizinischer Sachverständiger die Rechtsfrage zu beantworten, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt.

Die Beantwortung der Rechtsfrage, ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung den Rücktritt oder Abbruch von der Prüfungsleistung rechtfertigen kann, ist grundsätzlich nicht Aufgabe des Arztes und fällt damit auch nicht in seinen Verantwortungsbereich. Vielmehr entscheidet letztendlich der Prüfungsausschuss der Prüfungsbehörde in eigener Verantwortung. Da es für diese Beurteilung nicht ausreicht und auch nicht zulässig ist, dass Sie dem Studenten lediglich „Prüfungsunfähigkeit“ attestieren, werden Sie um Ausführungen zu den nachstehenden Punkten gebeten. Studenten sind aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht im Prüfungsverfahren grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offen zu legen und hierzu erforderlichenfalls den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden. Dies bedeutet nicht, dass der Arzt die Diagnose als solche bekannt geben muss, sondern eben nur die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen und psychischen Auswirkungen. Die genaue Bezeichnung der Krankheit kann unter Umständen zweckmäßig sein, da durch sie offensichtlich gemacht wird, dass die Leistungsfähigkeit des Prüflings erheblich beeinträchtigt ist (z.B. fiebrige Erkältung).

Hinweis: Das Attest kann auch formlos ausgestellt werden, soweit es die folgenden Angaben enthält.

**Angaben zur untersuchten Person**

Name, Vorname	Matrikelnummer
Straße	PLZ, Ort
Geburtsdatum	

**Erklärung des Arztes**

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

*Art der Leistungsminderung*

---



---



---



---

*Bezeichnung der Krankheit (optional)*

---

Aus ärztlicher Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor <sup>1)</sup>       ja       nein

Die Krankheitssymptome stehen in Zusammenhang mit Examensangst/Prüfungsstress <sup>1)</sup>       ja       nein

Die Gesundheitsstörung ist <sup>1)</sup>       dauerhaft, d.h. auf nicht absehbare Zeit       vorübergehend

Voraussichtliche Dauer der Erkrankung      von \_\_\_\_\_ bis einschließlich \_\_\_\_\_

**Zusätzliche Angabe bei einer selbstständigen und ohne Aufsicht zu erstellenden Prüfungsleistung**

Welche Verlängerung der Bearbeitungszeit wird angesichts des Grades der Leistungsminderung befürwortet? (z.B. wenn o. g. Patient die Arbeit zumindest eingeschränkt fortsetzen kann)

Tage
------

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

(Praxis-/Kassenstempel)

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift

<sup>1)</sup> Zutreffendes bitte ankreuzen