



Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Mathematisch-Naturwissenschaftliche Fakultät

- Der Dekan -

Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit (Ärztliches Attest) zur Vorlage beim zuständigen Prüfungsausschuss der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät

Erläuterungen für die Ärztin / den Arzt:

Wenn eine Studierende oder ein Studierender aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint oder sie abbricht, hat sie oder er gemäß Prüfungsordnung der oder dem zuständigen Vorsitzenden des Prüfungsausschusses die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt die oder der Studierende ein ärztliches Attest, das der oder dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses erlaubt, aufgrund Ihrer Angaben als medizinische Sachverständige oder 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 der Ärztin oder 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.

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, 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 für die am _____ (Datum) stattfindende

mündliche schriftliche sportpraktische sonstige: _____ Prüfung

bzw. in der Zeit vom _____ bis _____ für die in Anlage genannten ____ (Anzahl) Prüfungen aus medizinischer Sicht nicht prüfungsfähig.

Datum, Praxisstempel und Unterschrift