

## Qualifiziertes ärztliches Attest

zur Feststellung von Prüfungsunfähigkeit durch den Prüfungsausschuss der Hochschule Offenburg

### **Erläuterungen für die Ärztin/den Arzt:**

Wenn ein Studierender aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint oder sie abbricht, hat er gemäß unserer Studien- und Prüfungsordnung dem zuständigen Prüfungsausschuss bzw. Prüfungsamt die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt er ein ärztliches Attest, das der prüfenden Stelle erlaubt aufgrund der von der Ärztin/dem Arzt genannten Angaben als medizinischer Sachverständiger die Rechtsfrage zu beantworten, ob eine Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Die Beantwortung der Rechtsfrage, ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung den Rücktritt oder Abbruch der Prüfung rechtfertigen kann, ist grundsätzlich nicht Aufgabe der Ärztin/des Arztes. Dies obliegt dem Verantwortungsbereich der Prüfungsbehörde (Prüfungsausschuss). Für eine Beurteilung der Prüfungsunfähigkeit reicht es nicht aus, diese lediglich zu bescheinigen, vielmehr wird die Ärztin/der Arzt gebeten kurze Ausführungen zu den Symptomen zu geben. Dies bedeutet nicht, dass Sie die Diagnose als solche bekannt geben müssen, sondern nur die durch die Krankheit hervorgerufene körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen.

### **Persönliche Daten/Angaben zur untersuchten Person (von der/dem Studierenden auszufüllen):**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Matrikelnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

**Attest gilt für folgende Prüfungen/Klausuren:** \_\_\_\_\_

### **Studium:**

Studienabschluss (bitte ankreuzen)

Bachelor

Master

Studiengang: \_\_\_\_\_

### **Erklärung der Ärztin/des Arztes ( von der Ärztin/dem Arzt auszufüllen):**

Ich habe den/die Studierende/n am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_..Uhr  
persönlich in meiner Praxis untersucht und die unten angegebene Krankheit festgestellt.

Meldung einer erstmaligen Erkrankung:

Es liegen folgende krankheitsbedingte Beeinträchtigungen vor (Beschreibung Symptome):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Verlängerung einer bereits gemeldeten Erkrankung/ zweite Erkrankung:

Es liegen folgende krankheitsbedingte Beeinträchtigungen vor (Beschreibung Symptome):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum der Krankmeldung vom \_\_\_\_\_ bis voraussichtlich \_\_\_\_\_.  
(bitte konkretes Datum) (bitte konkretes Datum)

\_\_\_\_\_  
Datum, **Uhrzeit** (bitte mit angeben!!)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin/des Arztes + Praxisstempel