Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit (Ärztliches Attest)

Hochschule **RheinMain**

Zur Vorlage bei der Hochschule RheinMain

Erläuterungen für den Arzt/ die Ärztin:
Wenn Studierende krankheitsbedingt nicht zu einer Prüfung erscheinen, von ihr zurücktreten oder den Bearbeitungszeitraum verlängern wollen, haben sie dies der zuständigen Prüfungsbehörde unverzüglich anzuzeigen und glaubhaft zu machen. Hierfür benötigen sie ein ärztliches Attest, das es der Prüfungsbehörde erlaubt, aufgrund Ihrer Angaben als medizinische:r Sachverständige:r 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 / der Ärztin; dies ist vielmehr in eigener Verantwortung von der Prüfungsbehörde zu entscheiden. Da es für diese Beurteilung nicht ausreicht, dass Sie dem/der Studierenden Prüfungsunfähigkeit attestieren oder eine einfache Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellen, werden Sie hiermit um kurze Ausführungen zu den nachstehenden Punkten gebeten. Studierende sind auf Grund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offenzulegen und hierzu erforderlichenfalls den/die behandelnde:n Arzt/ Ärztin von der Schweigepflicht zu entbinden. Dies bedeutet nicht, dass der Arzt/ die Ärztin die Diagnose als solche bekannt geben muss, sondern nur die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen und den Auswirkungen auf die Prüfung. Dies steht im Einklang mit dem Datenschutz, die Datenerhebung ist gemäß § 20 Abs. 1 Nr. 4a des Hess. Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetzes (HDSIG) zulässig.

1. Untersuchte Person:

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Straße, Nr.:	PLZ, Wohnort:
Studiengang:	Matrikelnummer:

2. Erklärung des Arztes/ der Ärztin:

Meine heutige Untersuchung bei o.g. Patient:in hat aus ärztlicher Sicht folgendes ergeben:

Art der Leistungsminderung und _____

Auswirkungen auf die Prüfung: _____

Bezeichnung der Krankheit (optional): _____

Examensangst/Prüfungsstress sind **ursächlich** für die o.g. Leistungsminderung ☐ ja *) ☐ nein

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor ☐ ja ☐ nein *)

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt Prüfungsunfähigkeit vor für (bitte ankreuzen)
☐ schriftliche
☐ mündliche
☐ sonstige (z.B. praktische): _____ Prüfungen.

Die Gesundheitsstörung ist (bitte ankreuzen): dauerhaft, d.h. auf nicht absehbare Zeit vorübergehend

Dauer der Krankheit:

von: _____ bis einschließlich: _____

Ort, Datum: _____ Praxisstempel & Unterschrift: _____

Hochschule RheinMain
University of Applied Sciences
Wiesbaden Rüsselsheim

Architektur und Bauingenieurwesen
Studiengang UMSB

Prüfungsabmeldung mit Attest

_____	_____	_____
Matrikel Nr.	Name	Vorname

Die Prüfungsabmeldung gilt für folgende Prüfungen

_____	_____	_____
Modul Nr.	Name der Lehrveranstaltung	Prüfungsdatum
Modul Nr.	Name der Lehrveranstaltung	Prüfungsdatum
Modul Nr.	Name der Lehrveranstaltung	Prüfungsdatum

Das Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit (Ärztliches Attest) ist beigefügt.

Datum / Unterschrift