

Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit (Ärztliches Attest)

Zur Vorlage beim Prüfungsausschuss des Studienbereichs Informatik der Hochschule RheinMain
Hochschule RheinMain, FB DCSM / Prüfungsausschuss Informatik, Postfach 3251, 65022 Wiesbaden

Per E-Mail digital verschickte Atteste werden nicht bearbeitet und sofort gelöscht (Datenschutz)

Erläuterungen für den Arzt:

Wenn ein Studierender aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint, hat er gemäß Ziff. 6.2 der Prüfungsordnung / Besondere Bestimmungen der Bachelor-Studiengänge und des Master-Studienganges des Studienbereichs Informatik der Hochschule RheinMain unverzüglich dem zuständigen Prüfungsausschuss die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt der Studierende ein ärztliches 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 das Nichterscheinen zu einer Prüfung rechtfertigen kann, ist grundsätzlich nicht die Aufgabe des Arztes; dies ist vielmehr letztlich und in eigener Verantwortung vom Prüfungsausschuss zu entscheiden. Da es für diese Beurteilung nicht ausreicht, dass Sie dem Prüfling Prüfungsunfähigkeit attestieren, werden Sie um kurze Ausführungen zu den nachstehenden Punkten gebeten. Studierende sind auf Grund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offen zulegen und hierzu erforderlichen Falls 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 bzw. psychischen Auswirkungen. Dies steht im Einklang mit dem Datenschutz, die Datenerhebung ist gemäß § 20 Abs. 1 Nr. 4a des Hess. Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetzes (HDSIG) zulässig. (Hinweis: Das Attest kann auch formlos erstellt werden, soweit es Ausführungen zu den unten genannten Punkte enthält.)

1.) Name der untersuchten Person:

Nachname:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Studiengang:	Matr.Nr.:
Straße u. Hausnr.:	PLZ u. Wohnort

2.) Erklärung des Arztes:

Meine heutige Untersuchung zur Frage der Prüfungsunfähigkeit bei o.g. Patient/Patientin hat aus ärztlicher Sicht Folgendes ergeben:

Bezeichnung der Krankheit (optional): _____

Krankheitssymptome / Art und Umfang der Leistungsminderung

--

Examensangst/Prüfungsstress sind **ursächlich** für die o.g. Krankheitssymptome ja nein

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

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

Dauer der Erkrankung:

von:	bis einschl.:
------	---------------

Zusätzliche Angabe bei Bachelor-u. Mastertarbeit: Welche Verlängerung wird angesichts des Grades der Leistungsminderung befürwortet?
(z.B. wenn der o.g. Patient/ Patientin die Arbeit während der Erkrankung zumindest eingeschränkt fortsetzen kann)
Verlängerung um _____ Kalendertage, **nicht** Werktage!

Datum: _____

Praxisstempel:

Unterschrift: _____