

Justus - Liebig - Universität - Giessen

Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit (Ärztliches Attest)

zur Vorlage beim Prüfungsausschuss bzw. Prüfungsamt des Fachbereichs Veterinärmedizin

Erläuterung für den Arzt:

Wenn ein Studierender aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint, sie abbricht oder nach Beendigung von ihr zurücktritt, hat er gemäß der Approbationsordnung für Tierärztinnen und Tierärzte dem zuständigen Prüfungsausschuss bzw. Prüfungsamt die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt er ein ärztliches Attest, das es dem Prüfungsausschuss bzw. Prüfungsamt erlaubt, aufgrund Ihrer Angaben als 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 des Arztes, dies ist vielmehr letztlich und in eigener Verantwortung von der Prüfungsbehörde (Prüfungsausschuss bzw. Prüfungsamt) 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 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 bzw. psychischen Auswirkungen. Dies steht im Einklang mit dem Datenschutz. Nach § 11 Abs. 1 Satz 1 in Verbindung mit § 12 Hessisches Datenschutzgesetz (HDSG) dürfen personenbezogene Daten erhoben werden, wenn ihre Kenntnis für die Aufgabenerfüllung und für den jeweils damit verbundenen Zweck erforderlich ist.

1. Name und Anschrift der untersuchten Person:

| | |
|------------------------|------------------|
| Familienname: | Vorname: |
| Geburtsdatum: | |
| Straße und Hausnummer: | PLZ und Wohnort: |

2. Erklärung des Arztes:

Meine heutige Untersuchung zur Frage der Prüfungsfähigkeit hat aus ärztlicher Sicht folgendes ergeben:

Bezeichnung der Krankheit (optional)

Krankheitssymptome / Art der Leistungsminderung

Die Krankheitssymptome stehen im Zusammenhang mit Examensangst / Prüfungsstress ja nein

Aus ärztlicher Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor ja nein

Die Gesundheitsstörung ist dauerhaft vorübergehend

voraussichtliche Dauer der Erkrankung: von _____ bis _____

(Datum)

(Praxis-/Kassenstempel)

(Unterschrift)

Angaben durch den Prüfling:

Prüfungsfach _____ Prüfungsdatum _____ Prüfungsgruppe _____

Matr.-Nr. _____