

Ärztliches Attest

Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit

- zur Vorlage beim Prüfungsamt der FH Worms bzw. dem Prüfungsausschuss des Fachbereichs /
for submission at the FH- Examination Office or the examination board of the relevant faculty, respectively -
unverzüglich abzugeben, grundsätzlich innerhalb von 3 Tagen nach dem Arztbesuch
must be submitted immediately, at the latest within 3 days after seeing the doctor

Erläuterungen für die Ärztin, den Arzt:

Wenn Studierende aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheinen oder sie unter zu Protokollnahme des Aufsichtsführenden abbrechen, haben sie gemäß der Prüfungsordnung dem zuständigen Prüfungsausschuss bzw. Prüfungsamt die Erkrankung glaubhaft zu machen. (Bei Abbruch muss der Arztbesuch unmittelbar nach der Klausur erfolgen.) Zu diesem Zweck benötigen sie ein ärztliches Attest, das es dem Prüfungsausschuss bzw. Prüfungsamt erlaubt, aufgrund Ihrer Angaben als med. Sachverständige/r die Rechtsfrage zu beantworten, ob eine Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Da es für diese Beurteilung nicht ausreicht, dass Sie dem Prüfling Prüfungsunfähigkeit attestieren, werden Sie um eine kurze Beschreibung der Symptome gebeten. Studierende sind auf Grund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offen zu legen und hierzu erforderlichenfalls die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt **von der Schweigepflicht zu entbinden. Dies bedeutet nicht, dass die Diagnose als solche bekannt gegeben werden muss**, sondern eben nur die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen. Hinweis: Das Attest kann auch formlos erstellt werden, soweit es die folgenden Angaben enthält.

Name, Vorname (Surname, first name)

Stdg. (Degree course)/Matr.-Nr. (Student ID)

Anschrift (Str., Hausnr., PLZ, Wohnort)
(Street, house number, postal code, city)

Geburtsdatum (Date of birth)

Erklärung der Ärztin/des Arztes

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

Krankheitssymptome/Art der Leistungsminderung:

(Schwankungen in der Tagesform, Examensangst, Prüfungsstress u. ä. sind keine erheblichen Beeinträchtigungen)

Die Gesundheitsstörung ist: dauerhaft, d. h. auf nicht absehbare Zeit vorübergehend

Dauer der Krankheit: von: _____ bis (voraussichtlich) einschl.: _____
(bitte konkrete Daten) (bitte konkrete Daten)

Zusätzliche Angaben bei Studierenden, die zurzeit eine **Diplomarbeit / Bachelor-Thesis / Master-Thesis , Seminar- oder Hausarbeit** anfertigen bzw. das **Praxisprojekt** durchführen.

Aus ärztlicher Sicht kann die Patientin/der Patient trotz bestehender Krankheit (z. B. Beinfraktur) mit der oben genannten Arbeit fortfahren: teilweise, nach _____ Tagen; vorzeitige Fortführung nicht möglich

Datum

Uhrzeit

Praxisstempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Liebe Studierende, bitte geben Sie hier alle angemeldeten Klausuren an, die innerhalb des oben bescheinigten Zeitraums liegen. **Dear students**, please list here all the examinations for which you registered within the above stated period.

Datum und Bezeichnung der Klausur(en):

Date and name of the examination(s):

!!! WICHTIG !!! WICHTIG !!! WICHTIG !!!

(IMPORTANT!!! IMPORTANT!!! IMPORTANT!!!)

Sobald eine Klausur ANGETRETEN wird, verliert das Attest sowohl für diese Klausur als auch für alle evtl. danach folgenden oben bescheinigten Termine seine befreiende Wirkung. (Once you attend one examination, the medical certificate will no longer be valid for this examination nor for any subsequent examinations.)