

Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit

(Ärztliches Attest nach § 9 Abs. (1) StuPrO DHBW vom 22.09.2011)

Hinweis für die Ärztin/den Arzt

Ihre ärztliche Tatsachenfeststellung ist die Grundlage für die Beurteilung durch die Studienakademie, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt oder nicht. Sie werden daher um Ausführungen zu unten stehenden Punkten gebeten. Das Attest kann auch ohne Verwendung dieses Formblattes erstellt werden.

Untersuchte Person

Nachname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Matrikelnummer:
PLZ / Wohnort:	Straße, Hausnummer:

Bitte archivieren Sie die gesundheitlichen Symptome (ausschließlich prüfungsrelevante Beeinträchtigung) und die Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit so ausführlich, dass die Beurteilung durch die Studienakademie über das Vorliegen einer Prüfungsunfähigkeit im Einzelfall möglich ist. Die genaue Bezeichnung der Krankheit ist nicht erforderlich, kann aber nach Absprache mit der Patientin/dem Patienten freiwillig angegeben werden. Die Prüfungskommission behält sich vor, die Prüfungsunfähigkeit ggf. amtsärztlich bestätigen zu lassen.

.....

.....

.....

.....

Untersuchungsdatum:

Voraussichtliche Dauer der Krankheit: von bis

Die Gesundheitsstörung ist **dauerhaft (nicht absehbar)** **vorübergehend**

Das Vorliegen einer Prüfungsunfähigkeit wird ärztlich bestätigt.

.....
Datum

.....
Praxisstempel

.....
Unterschrift Arzt