



Von der/dem Studierenden auszufüllen!

Name:

.....

Ärztliche Bescheinigung

Zur Vorlage beim Prüfungsausschuss


Erläuterungen für die Ärztin/den Arzt:

Wenn ein Studierender aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheinen kann, sie abbricht oder nach Beendigung von ihr zurücktritt, ist er gemäß der Prüfungsordnung verpflichtet, dem zuständigen Prüfungsausschuss die vorgetragene gesundheitliche Beeinträchtigung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt er - erforderlichenfalls unter Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht – ein ärztliches Attest, das es dem Prüfungsausschuss erlaubt, aufgrund der Angaben eines medizinischen Sachverständigen die Rechtsfrage zu beantworten, ob eine Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Die Beantwortung der Rechtsfrage, ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung eine Prüfungsunfähigkeit zur Folge hat und damit den Abbruch der Prüfung oder den Rücktritt von der Prüfung rechtfertigen kann, ist grundsätzlich nicht die Aufgabe des Arztes; dies ist Aufgabe der Prüfungsbehörde zu entscheiden. **Für diese Beurteilung reicht es nicht aus, wenn die ärztliche Bescheinigung lediglich die Prüfungsunfähigkeit attestiert. Notwendig ist die Darlegung der konkreten körperlichen und / oder psychischen Beschwerden / Beeinträchtigungen (Die genaue Bezeichnung der Krankheit kann u.U. zweckmäßig sein, wenn bereits hierdurch offensichtlich wird, dass die Leistungsfähigkeit des Prüflings erheblich beeinträchtigt ist.).** Hinweis: Die ärztliche Bescheinigung kann auch formlos erstellt werden, soweit sie die nachfolgend erfragten Angaben enthält.

Formblatt hängt an

Postadresse (Briefe)
TU Dresden, 01062 Dresden
Postadresse (Pakete u.ä.)
TU Dresden, Helmholtzstraße 10,
01069 Dresden

Besucheradresse
Sekretariat:
Mommsenstraße 12
Toepler-Bau, Zi. 201
Internet
www.tu-dresden.de

 *Zufahrt*
Helmholtzstraße,
gekennz. Parkfläche im
Innenhof, Aufzug vorh.

Steuernummer
(Inland)
203/149/02549
Umsatzsteuer-Id-Nr.
(Ausland)
DE 188 369 991

Bankverbindung
Deutsche Bundesbank
Filiale Dresden
Konto
85 001 522
BLZ 850 000 00

Angaben zur untersuchten Person:

.....
Name, Vorname Geburtsdatum

.....
Anschrift

Erklärung der Ärztin/des Arztes

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

Bezeichnung der Krankheit (optional):

.....

Krankheitssymptome / Art der Leistungsminderung:

.....

.....

.....

.....

.....

Stehen die festgestellten gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Zusammenhang mit einer Prüfungsangst bzw. Prüfungsstress? Ja / Nein

Sind bzw. waren die Krankheitssymptome für die Patientin / den Patienten erkennbar? Ja / Nein

Bejahendenfalls, ab wann?

Handelt es sich bei der Gesundheitsstörung um ein sog. Dauerleiden (chronische Erkrankung), d.h. mit einer Genesung ist in absehbarer Zeit nicht zu rechnen? Ja / Nein

Dauer der Krankheit: vom bis

.....
Ort, Datum, Praxisstempel

.....
Unterschrift der Ärztin/des Arztes