

Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit (Ärztliches Attest)
 zur Vorlage beim Ausschuss für die Naturwissenschaftlich und Zahnärztliche Vorprüfung an der Medizinischen Hochschule Hannover

Die Untersuchung wurde nicht von einem Familienangehörigen oder Lebensgefährten des Probanden durchgeführt.

Erläuterungen für den Arzt:

Wenn ein Studierender aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint oder sie abbricht, hat er gemäß der Prüfungsordnung dem zuständigen Prüfungsausschuss die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt er ein ärztliches Attest, dass 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 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 zu entscheiden. **Da es für diese Beurteilung nicht ausreicht, dass Sie dem Prüfling Prüfungsunfähigkeit attestieren, werden Sie um kurze Ausführung zu den nachstehenden Punkten gebeten.**

Studierende sind auf Grund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offen zu legen 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 § 9 Abs. 1 Nr. 3 der Nds. Datenschutzgesetzes (NDSG) dürfen personenbezogene Daten erhoben werden, wenn ihre Kenntnis für die Aufgabenerfüllung der erhebenden Stelle erforderlich ist.

Hinweis: Das Attest kann auch formlos gestellt werden, soweit es die folgenden Punkte enthält.

1.) Name der untersuchten Person:

Nachname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
PLZ Wohnort:	Str. / Haus Nr.:

2.) Erklärung des Arztes:

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

Bezeichnung der Krankheit (optional):

Krankheitssymptome/Art der Leistungsminderung:

Examensangst/Prüfungstress sind ursächlich für die o. g. Krankheitssymptome und haben Krankheitswert

ja nein

(Hinweis: Examensängste und Prüfungstress gehören im Allgemeinen zum Risikobereich des Prüflings, es sei denn, dass sie den Grad einer psychischen Erkrankung erreichen.)

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor

ja nein

Die Gesundheitsstörung ist

dauerhaft, d.h. auf nicht absehbare Zeit vorübergehend

Dauer der Krankheit

von ____ . ____ . ____ bis einschl.: ____ . ____ . ____