



### Bescheinigung zur Prüfungsunfähigkeit (Ärztliches Attest)

Zur Vorlage beim Prüfungsausschuss für Biowissenschaften/Psychologie der Universität Leipzig  
Einzureichen über das Studienbüro der Fakultät für Lebenswissenschaften innerhalb von 3 Werktagen nach Prüfungstermin

#### 1. Persönliche Daten des Studierenden:

_____	Nachname	_____	Geburtsdatum
_____	Vorname	_____	Matrikelnummer

#### Erläuterung für den Arzt:

Wenn ein Studierender aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint, sie abbricht oder nach Beendigung von dieser zurücktritt, hat er gemäß der Prüfungsordnung die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt er ein ärztliches Attest, welches dem zuständigen 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 dem Prüfungsausschuss zu entscheiden. Da es für diese Beurteilung nicht ausreicht, dass Sie dem Prüfling Prüfungsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit attestieren, werden Sie um kurze Ausführungen zu den nachstehenden Punkten gebeten. Studierende sind aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offen zu legen und hierzu erforderlichenfalls den behandelnden Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden. Dies bedeutet nicht, dass Sie die Diagnose als solche bekannt geben müssen, sondern nur die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen.

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

#### 2. Prüfungsangaben:

_____	Studiengang	_____	Fachsemester
_____	Modulnummer und -name	_____	Prüfungsdatum

#### 3. Erklärung des Arztes:

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

Krankheitssymptome / Art der Leistungsminderung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die Gesundheitsstörung ist (bitte ankreuzen):  dauerhaft  vorübergehend

Dauer der Krankheit: von: \_\_\_\_\_ bis einschließlich: \_\_\_\_\_

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor. (Schwankungen in der Tagesform, Examensangst, Prüfungsstress u.ä. sind keine erheblichen Beeinträchtigungen):  ja  nein

_____	Datum	_____	Praxisstempel und Unterschrift
-------	-------	-------	--------------------------------

