

# Ärztliche Bescheinigung

zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit aus medizinischer Sicht

Angaben des Prüflings	
Vorname, Name	
Matrikel-Nr.	
Zur Vorlage bei	Universität des Saarlandes Prüfungsausschuss Bachelor und Master Sportwissenschaft Postfach 15 11 50 66041 Saarbrücken
Studiengang	<input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master
Betroffene Prüfung (Modul/Modulelement)	
Prüfungsdatum	

Angaben zur Sache
-------------------

Tritt ein Prüfling von einer Prüfung zurück, so sind die für den Rücktritt oder das Versäumnis geltend gemachten Gründe dem **Prüfungsausschuss** unverzüglich (binnen 7 Werktagen) **schriftlich anzuzeigen und glaubhaft zu machen**. Bei Krankheit des Kandidaten/der Kandidatin ist die Vorlage eines **ärztlichen Attests** erforderlich, aus dem die Prüfungsunfähigkeit hervorgeht. Die dort gemachten Angaben müssen es dem Prüfungsausschuss erlauben, die Rechtsfrage zu beantworten, ob **Prüfungsunfähigkeit** vorliegt. Grundsätzlich ist mit dem Attest eine **erhebliche, krankheitsbedingte Beeinträchtigung der Prüfungsfähigkeit** nachzuweisen.

Der/Die Vorsitzende des Prüfungsausschusses kann im Einzelfall aus sachlichem Grund ein **ausführliches ärztliches Gutachten** oder ein **amtsärztliches Attest** verlangen. Ein sachlicher Grund liegt insbesondere dann vor, wenn der gleiche Kandidat/die gleiche Kandidatin zum wiederholten Male ein ärztliches Attest vorlegt, wenn der ärztliche Befund unklar ist oder wenn einem Missbrauch begegnet werden soll.

Befund (optional)	
Art der Leistungsminderung/Krankheitssymptome	
Dauer der Erkrankung	<input type="checkbox"/> Dauerhaft <input type="checkbox"/> Vorübergehend vom _____ bis _____
Aus ärztlicher Sicht besteht eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Prüfungsunfähigkeit besteht aus medizinischer Sicht für folgende Prüfungsarten	<input type="checkbox"/> Mündliche Prüfungen <input type="checkbox"/> Schriftliche Prüfungen <input type="checkbox"/> Praktische Prüfungen

Ort, Datum

Stempel der Arztpraxis

Unterschrift