

# Formular zur Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit

zur Vorlage beim Prüfungssekretariat Sport der Fakultät HW – Bereich Empirische Humanwissenschaften der Universität des Saarlandes

## Erläuterung für den Arzt:

Wenn ein Studierender aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung (mündliche oder schriftliche Prüfung) erscheint oder sie abbricht von ihr zurücktritt, hat er gemäß der Prüfungsordnung der Universität des Saarlandes der zuständigen Prüfungsbehörde (Prüfungsausschuss des jeweiligen Fachbereichs, Prüfungsamt) die Erkrankung unverzüglich glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt er ein ärztliches Attest, das es der Prüfungsbehörde 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 zuständigen Prüfungsbehörde (Prüfungsausschuss des jeweiligen Fachbereichs, Prüfungsamt) zu entscheiden. Deshalb ist es erforderlich, dass eine Beschreibung der krankheitsbedingten Einschränkungen und/oder Beschwerden erfolgt, aus denen die Prüfungsbehörde nachvollziehbar eine erhebliche Beeinträchtigung zum Prüfungstermin schließen kann. Die Angabe einer Diagnose ist nicht erforderlich. Im Einzelfall kann dies zweckmäßig sein, wenn damit umfassend die Krankheitssymptome beschrieben werden (z. B. Fieberige Erkältung).

## Bitte geben Sie die Diagnose nur an, wenn der Patient damit einverstanden ist.

Dem Studierenden obliegt die Beweis- und Darlegungslast seiner Prüfungsunfähigkeit. Hierzu kann er seine Beschwerden freiwillig offen legen.

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

## 1. Angaben des untersuchten Patienten:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Name, Vorname

Matrikel-Nummer

PLZ, Ort

Straße, Hausnummer

## 2. Erklärung des Arztes:

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

Bezeichnung der Krankheit (optional):

\_\_\_\_\_

Krankheitssymptome / Art der Leistungsminderung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Gesundheitsstörung ist (bitte ankreuzen): dauerhaft, d. h. auf nicht absehbare Zeit  vorübergehend

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

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor. Ja  Nein

Es handelt sich nicht um Schwankungen in der Tagesform, Examensangst, Prüfungsstress oder Ähnliches. (Diese sind im Sinne der Prüfungsunfähigkeit keine erheblichen Beeinträchtigungen.)

Der Patient ist in o. g. Zeitraum aus meiner medizinischen Sicht für folgende Prüfungsarten prüfungsunfähig

Mündliche Prüfungen  schriftliche Prüfungen  sportpraktische Prüfungen

Datum

Praxisstempel und Unterschrift