

Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit

(Ärztliches Attest nach § 9 Abs. 1 StuPrO DHBW vom 18.05.2009)

Hinweis für die Ärztin/den Arzt

Ihre ärztlichen Tatsachenfeststellungen sind Grundlage für die Beurteilung der Studienakademie, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt oder nicht. Sie werden daher um Ausführungen zu unten stehenden Punkten gebeten. Das Attest kann auch ohne Verwendung dieses Formblattes erstellt werden soweit Ausführungen zu den genannten Punkten gemacht werden.

Untersuchte Person

Nachname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Matrikelnummer:
PLZ / Wohnort:	Straße, Hausnummer:

Beschreiben Sie bitte hier die gesundheitliche (ausschließlich prüfungsrelevante Beeinträchtigung bzw. die Symptome und die Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit so ausführlich, dass die Beurteilung durch die Studienakademie, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt, möglich ist. Die genaue Bezeichnung der Krankheit ist nicht erforderlich, kann aber nach Absprache mit der Patientin/dem Patienten freiwillig angegeben werden.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Untersuchungsdatum:

Voraussichtliche Dauer der Krankheit: von **bis**

Die Gesundheitsstörung ist **dauerhaft (nicht absehbar)** **vorübergehend**

Das Vorliegen einer Prüfungsunfähigkeit wird daher befürwortet

.....
Datum

.....
Praxisstempel

.....
Unterschrift des Arztes