

Prüfungsamt
Nibelungenplatz 1 • 60318 Frankfurt

Formular zum Nachweis der Prüfungsunfähigkeit – Ärztliches Attest –

zur Vorlage bei einem zuständigen Prüfungsamt
der Frankfurt University of Applied Sciences

Angaben zur untersuchten Person:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Matr.Nr.:	Studiengang:	
Adresse:		

Erklärung der Ärztin/des Arztes:

Meine heutige Untersuchung zur Frage der erheblichen Verminderung der Leistungsfähigkeit der o.g. Patientin/des o.g. Patienten aufgrund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung hat aus ärztlicher Sicht folgendes ergeben:

Es liegt ein Krankheitszustand vor, der die Leistungsfähigkeit deutlich einschränkt. Es handelt sich dabei nicht um die Minderung der Leistungsfähigkeit aufgrund der (bevorstehenden) Prüfungssituation z.B. Prüfungsangst. Die Gesundheitsstörung ist nicht dauerhaft, sondern vorübergehend.
Art der Leistungsminderung ((Nachfolgend gemachte, auf die jeweilige Prüfung bezogene Angaben zur Leistungsminderung (keine Diagnosen; z.B. Einschränkung der Motorik, ...) der Studierenden oder des Studierenden sollen es dem Prüfungsausschuss ermöglichen, zu entscheiden, ob eine Prüfungsunfähigkeit vorliegt.)

Prüfungsamt
Nibelungenplatz 1 • 60318 Frankfurt

Die Patientin/der Patient ist für die stattfindende(n) Prüfung(en):

Prüfung im Modul (ggf. auch Belegnummer):	Datum der Prüfung	Art der Prüfung
		<input type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/> praktisch <input type="checkbox"/> sonstige (welche):
		<input type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/> praktisch <input type="checkbox"/> sonstige (welche):
		<input type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/> praktisch <input type="checkbox"/> sonstige (welche):

aus medizinischer Sicht nicht prüfungsfähig:

am bzw. im Zeitraum von - bis:	
-----------------------------------	--

Zusätzliche Angabe bei schriftlichen Hausarbeiten (z.B. Bachelorarbeiten u.a.):

Welche Verlängerung wird angesichts des Grades der Leistungsminderung befürwortet?

Wochen:	
---------	--

Datum mit Angabe der Uhrzeit (die Angabe der Uhrzeit ist erforderlich)

Praxisstempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Erläuterungen für die Ärztin/den Arzt:

Wenn eine Studierende/ein Studierender aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint oder sie abbricht, hat sie/er gemäß Prüfungsordnung dem zuständigen Prüfungsausschuss die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt die/der Studierende Ihr ärztliches Attest, das dem Prüfungsausschuss erlaubt, aufgrund Ihrer Angaben als medizinische Sachverständige/medizinischer Sachverständiger die Rechtsfrage zu beantworten, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Da es für diese Beurteilung nicht ausreicht, dass Sie dem Prüfling pauschal Prüfungsunfähigkeit attestieren, werden Sie um Angaben zu den oben stehenden Punkten gebeten. Mit der Bitte um Ausfüllen dieses Attestes erklärt die Studierende/der Studierende ihre/seine Einwilligung dazu, dass Sie dem Prüfungsausschuss/Prüfungsamt die vorstehenden Informationen mitteilen. Dies geschieht im Einklang mit dem Datenschutzgesetz. Nach § 11 Abs. 1 des Hessischen Datenschutzgesetzes (HDBG) dürfen personenbezogene Daten erhoben werden, wenn ihre Kenntnis für die Aufgabenerfüllung der erhebenden Stelle erforderlich ist. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sich Ärztinnen/Ärzte bei der Ausstellung eines unrichtigen Zeugnisses über den Gesundheitszustand eines Menschen zum Gebrauch gegenüber einer Behörde wider besseres Wissens nach § 278 StGB strafbar machen.