Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit
- Amtsärztliches Attest -

Zur Vorlage beim *zuständigen Prüfungsausschuss der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Europa-Universität Viadrina Frankfurt (Oder), Große Scharrnstraße 59, 15230 Frankfurt (Oder)*.

Erläuterung für den Amtsarzt / die Amtsärztin:

1. Studierende sind aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offen zu legen und hierzu erforderlichenfalls den behandelnden Amtsarzt und/oder die behandelnde Amtsärztin von seiner/ihrer ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden.
2. Eine Bekanntgabe der Diagnose muss nicht erfolgen.
3. Die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen sind anzugeben. Eine generelle Attestierung von Prüfungsunfähigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit ist unzureichend.
4. Das Attest kann auch formlos ausgestellt werden, sofern es die folgenden Punkte enthält.

1. Name des untersuchten Patienten / der untersuchten Patientin:

…….. …….. ……
Name Vorname Geburtsdatum

……..……..
Anschrift

2. Erklärung des Amtsarztes / der Amtsärztin:

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

Bezeichnung der Krankheit (optional):

……..

Krankheitssymptome / Art der Leistungsminderung:

……..

……..

……..

……..

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

Dauer der Krankheit: vom …….. 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. (Dies sind im Sinne der Prüfungsunfähigkeit keine erheblichen Beeinträchtigungen.)

Der Patient / die Patientin ist im o. g. Zeitraum aus meiner medizinischen Sicht für folgende Prüfungsarten prüfungsunfähig:

☐ mündliche Prüfungen ☐ schriftliche Prüfungen

Zusätzliche Angabe bei Abschluss-, Studien-, Projekt-, Seminar- oder Hausarbeiten:
Welche Verlängerung wird angesichts des Grades der Leistungsminderung befürwortet? …….. Tage
(z. B. wenn der o. g. Patient oder die o. g. Patientin die Arbeit zumindest eingeschränkt fortsetzen kann, so dass eine Verlängerung über den gesamten Krankheitszeitraum aus Gründen der Chancengleichheit unangemessen ist.)

…… ……..……..
Datum Stempel und Unterschrift Amtsarzt/Amtsärztin