



Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit

Zur Vorlage beim Prüfungsausschuss

Erläuterungen für die Ärztin/den Arzt:

Wenn eine Studierende bzw. ein Studierender aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheinen kann, diese abbricht oder nach Beendigung von dieser zurücktritt, ist sie bzw. er gemäß § 36 Abs. 10 SächsHSG verpflichtet, eine ärztliche Bescheinigung über das Vorliegen der Prüfungsunfähigkeit vorzulegen.

Eine krankheitsbedingte Prüfungsunfähigkeit ist durch eine vorübergehende gesundheitliche Beeinträchtigung der bzw. des Studierenden gekennzeichnet, die ihre bzw. seine Leistungsfähigkeit während der Prüfung erheblich vermindert (Fischer, Jeremias, Dieterich, Prüfungsrecht, 8. Auflage, Rn 249).

Prüfungsunfähigkeit im rechtlichen Sinne liegt z. B. nicht vor bei

- Prüfungsstress und Prüfungsängsten,
- leichten (nicht fiebrigen) Erkältungen,
- Dauerleiden (mit oder ohne schwankendem Krankheitsbild, z. B. Depressionen, ADHS, Stoffwechselerkrankungen, hoher oder niedriger Blutdruck, Behinderungen),
- für die konkrete Prüfungsart nicht relevanten Beeinträchtigungen.

Eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist nicht ausreichend für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit.

Ob die Prüfungsunfähigkeit zu einem Rücktritt der Prüfung führt, entscheidet im Nachgang der zuständige Prüfungsausschuss.

Hinweis: Die Bescheinigung kann auch formlos erstellt werden, soweit sie die nachfolgenden erfragten Angaben enthält.

Angaben zur untersuchten Person:

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Anschrift

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Angaben zu Prüfungs(vor-)leistung(en):

(durch die zu untersuchende Person selbst auszufüllen)

| Modulname ** | Prüfungsform ** | Prüfer:in | Prüfungsdatum |
|--------------|-----------------|-----------|---------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

** Bitte geben Sie den Modulnamen und die Prüfungsform gemäß Studienordnung an.

Erklärung der Ärztin/des Arztes

Die o. g. Patientin/den o. g. Patient habe ich heute, am _____, um _____ Uhr ärztlich untersucht.

Die Untersuchung hat aus ärztlicher Sicht Prüfungsunfähigkeit im Sinne der auf Seite 1 vorgenannten Erläuterungen einer erheblichen Minderung der persönlichen Leistungsfähigkeit der Patientin/des Patienten für die angegeben(en) Prüfungs(vor)leistung(en) ergeben. Die Gesundheitsbeeinträchtigung ist vorübergehend und nicht dauerhaft.

Voraussichtliche Dauer der Krankheit (Datum):

vom bis

Zusätzliche Erklärung für den Fall der Prüfungsunfähigkeit **nach** Prüfungsantritt:

Die gesundheitliche Beeinträchtigung hätte vor oder während der Prüfung festgestellt werden können (zutreffendes bitte ankreuzen).

Ja

Nein

.....
Ort, Datum, Praxisstempel

.....
Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Hinweis zu Datenschutz:

Es gilt die Datenschutzerklärung des ZLSB (<https://tud.link/ffd0>).