

# Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit

*Ärztliches Attest gemäß Prüfungsordnung*

**Hinweis:** Das Attest kann auch formlos erstellt werden, sofern es die nachfolgenden Angaben vollständig enthält. Schwankungen in der Tagesform, Prüfungsnervosität und Examensangst stellen im rechtlichen Sinne keine erhebliche Beeinträchtigung dar.

## Erläuterungen für die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt

Erscheint ein Prüfungsteilnehmer aus gesundheitlichen Gründen ohne vorherige Abmeldung nicht zu einer Prüfung oder tritt während einer Prüfung zurück, hat er die geltend gemachte Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck wird ein ärztliches Attest benötigt, das dem Prüfungsausschuss ermöglicht, auf Grundlage Ihrer Angaben als medizinische Sachverständige / medizinischer Sachverständiger zu prüfen, ob eine Prüfungsunfähigkeit vorliegt.

Die rechtliche Bewertung obliegt ausschließlich dem Prüfungsausschuss. Ihre Aufgabe besteht darin, die Art und Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigung sowie deren Auswirkungen auf das Leistungsvermögen zu beschreiben – nicht die Diagnose als solche offenzulegen.

Betroffene sind im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht gehalten, ihre Beschwerden offenzulegen und Sie insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht teilweise zu entbinden. Dies steht im Einklang mit den datenschutzrechtlichen Vorgaben.

## I. Angaben zum Prüfling (bitte vollständig ausfüllen)

Name, Vorname:

\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer:

\_\_\_\_\_

PLZ / Ort:

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_

Telefon /  
Mobil:

\_\_\_\_\_

Beruf / Handwerk:

\_\_\_\_\_

Prüfungsbezeichnung:

\_\_\_\_\_

## II. Ärztliche Bescheinigung (von der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt auszufüllen)

### 1. Krankheitssymptome / Art der Leistungsminderung

---

---

---

---


### 2. Art der Gesundheitsstörung (bitte ankreuzen)

- Es liegt eine vorübergehende Gesundheitsstörung vor.  
*Voraussichtliche Dauer: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_*
  
- Es liegt eine dauerhafte Gesundheitsstörung vor.  
*Ggf. ergänzende Hinweise: \_\_\_\_\_*

### 3. Einschätzung des Leistungsvermögens (bitte ankreuzen)

- Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor, die die Teilnahme an der Prüfung bzw. deren Fortsetzung im genannten Zeitraum wesentlich einschränkt.
  
- Aus meiner ärztlichen Sicht liegt keine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor, die eine Prüfungsunfähigkeit im genannten Zeitraum begründet.

Ort, Datum

---

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

---