



**Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit  
- Ärztliches Attest -**

Zur Vorlage beim Studiensekretariat der Universität Ulm, Albert-Einstein-Allee 11, 89069 Ulm

**Erläuterungen für den Arzt/die Ärztin:**

Wenn ein Studierender aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint oder sie abbricht, hat er gemäß der einschlägigen Studien- und Prüfungsordnungen die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt der Studierende ein ärztliches Attest, aufgrund dessen die Rechtsfrage beantwortet werden kann, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Dies gründet auf Ihren Angaben als medizinische/r Sachverständige/r. Die Beantwortung der Rechtsfrage, ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung den Abbruch der Prüfung oder den Rücktritt von der Prüfung rechtfertigen kann, ist grundsätzlich nicht Aufgabe des Arztes; dies ist vielmehr letztlich und in eigener Verantwortung von der Prüfungsbehörde zu entscheiden. Da es für diese Beurteilung nicht ausreicht, dass Sie dem Prüfling pauschal Prüfungsunfähigkeit attestieren, werden Sie um kurze Ausführungen zu den nachstehenden Punkten gebeten.

**Angaben zur untersuchten Person:**

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
Matrikelnummer	Studiengang	Abschluss

**Erklärung des Arztes/der Ärztin:**

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

1. Es liegen prüfungsrelevante Krankheitssymptome vor, die die psychische und/oder physische Leistungsfähigkeit deutlich einschränken, wie z.B. Bettlägerigkeit, Fieber, Schmerzen, Konzentrationsstörungen aufgrund der Einnahme von Medikamenten.
2. Es handelt sich nicht um Schwankungen in der Tagesform, Prüfungsstress und ähnliches. (Dies sind im Sinne der Prüfungsunfähigkeit keine erheblichen Beeinträchtigungen)

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens gemäß Punkt 1 vor.

Ich bestätige ausdrücklich, dass es sich nicht um eine, wie unter Punkt 2 beschriebene minimale Einschränkung der Leistungsfähigkeit handelt.

Die Patientin/der Patient ist für die am \_\_\_\_\_ (Datum) stattfindende

mündliche /  schriftliche Prüfung \_\_\_\_\_  
(Name der Prüfung)

bzw. in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ aus medizinischer Sicht nicht prüfungsfähig.

Datum, Praxisstempel, Unterschrift