



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

Zur Vorlage beim  
Studiensekretariat  
Universität Ulm  
89069 Ulm  
für Bachelor-, Master- und Lehramtsstudierende

Bitte beachten Sie, es gilt für:  
Medizin:  
<https://moodle.uni-ulm.de/course/view.php?id=7883>  
Zahnmedizin:  
<https://moodle.uni-ulm.de/course/view.php?id=12253>

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

Wenn ein\*e Studierende\*r aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint oder sie abbricht, muss er\*sie gemäß den einschlägigen Studien- und Prüfungsordnungen die krankheitsbedingte Prüfungsunfähigkeit **unverzüglich** durch Vorlage dieser Bescheinigung geltend machen. Später ausgestellte Bescheinigungen über die Prüfungsunfähigkeit werden i.d.R nicht anerkannt.

Zu diesem Zweck benötigt der\*die Studierende ein ärztliches Attest, aufgrund dessen die Rechtsfrage beantwortet werden kann, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Dies kann z.B. beim Vorliegen von Krankheitssymptomen, die die psychische und/oder physische Leistungsfähigkeit deutlich einschränken, wie z.B. Bettlägerigkeit, Fieber, Schmerzen, Konzentrationsstörungen aufgrund der Einnahme von Medikamenten usw., der Fall sein. Dagegen handelt es sich in der Regel nicht um Gründe, die zu einer Prüfungsunfähigkeit führen, wenn es sich um Schwankungen in der Tagesform, Prüfungsstress oder ähnliches handelt.

Die Feststellung und die Beurteilung der Symptome obliegen dabei Ihnen als medizinischer/m Sachverständigen. 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.

Name, Vorname:

Matrikelnummer:

Studiengang:

Prüfung/en:

Abschluss:

**Erklärung des Arztes/der Ärztin:**

Bei meiner heutigen Untersuchung zur Frage der Prüfungsunfähigkeit bei o.g. Patienten/Patientin konnte ich folgende Symptome feststellen:

O.g. Patient/Patientin ist/war für die o.g. Prüfung/en am \_\_\_\_\_ (Datum)

bzw. in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Zeitraum)

aufgrund der festgestellten Symptome aus medizinischer Sicht **nicht** prüfungsfähig.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift und Praxisstempel