



**Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit
- Ärztliches Attest - Hinweis: Muss im Original vorgelegt werden!**

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

Zur Vorlage beim
Studiendekanat (Zahn-)Medizin
Meyerhofstraße M28/TTU
89081 Ulm
für Studierende der Human- und Zahnmedizin

Erläuterungen für den Arzt/die Ärztin:

Wenn ein Studierender aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint oder sie abbricht, muss er 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 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:

Abschluss:

Studiengang:

Prüfung/en:

Erklärung des Arztes/der Ärztin:

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

(Bitte kurze Beschreibung der festgestellten Symptome)

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.