

Hochschule Darmstadt  
Fachbereich Soziale Arbeit  
Prüfungsausschuss  
Adelungstr. 51  
64283 Darmstadt

**Formular zur Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit (Ärztliches Attest)** Zur Vorlage beim Prüfungsausschuss des Studiengangs Soziale Arbeit, Fachbereich Soziale Arbeit der Hochschule Darmstadt. Studierende, die mehr als einmal auf der Grundlage eines Attestes von derselben Prüfung zurücktreten, müssen beim zweiten Mal eine amtsärztliche Attest vorlegen.

**Erläuterungen für die Ärztin/den Arzt**

Wenn eine Studierende / ein Studierender aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint, hat sie/ er gemäß der Prüfungsordnung dem zuständigen Prüfungsausschuss die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt sie / er ein ärztliches Attest, das es dem Prüfungsausschuss erlaubt, aufgrund Ihrer Angaben als medizinische Sachverständige / medizinischer Sachverständiger die Rechtsfrage zu beantworten, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Um Verwendung dieses Formulars wird gebeten.

Prüfungsunfähigkeit im rechtlichen Sinne liegt z.B. dann vor, wenn die Patientin / der Patient im Hinblick auf die Form der zu erbringenden Prüfung physische oder psychische Leistungsminderungen aufweist (z.B. Konzentrationsschwäche, akute Sehschwäche) bzw. körperlich eingeschränkt ist (z.B. Schreibhand gebrochen, Bettlägerigkeit), oder unter ansteckenden Krankheiten leidet (z.B. Grippe, Masern, usw.).

**Angaben zur Person**

Name, Vorname	Geburtsdatum:
Straße, Hausnummer	PLZ. Wohnort

**Erklärung der Ärztin / des Arztes**

Meine heutige Untersuchung zur Beurteilung der Prüfungsunfähigkeit bei o.g. Person hat aus ärztlicher Sicht ergeben, dass diese Person prüfungsunfähig ist.

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor. Mir ist bekannt, dass Schwankungen der Tagesform, Prüfungsangst, Prüfungsstress u. ä. keine erhebliche Beeinträchtigung darstellen.

Dauer der Prüfungsunfähigkeit von:	bis einschließlich:
------------------------------------	---------------------

---

Datum, Uhrzeit, Praxisstempel, Unterschrift des Arztes, der Ärztin