

Evangelische Hochschule Berlin  
Prüfungsamt -vertraulich-  
Teltower Damm 118-122  
14167 Berlin

## Ärztliches Attest

### 1) Untersuchte Person (von dem\*der Studierenden auszufüllen)

Name, Vorname		Geburtsdatum
Straße, Nr.		PLZ, Wohnort
Studiengang	Semester	Matrikelnummer

Welche Modulprüfung/en soll/en entschuldigt werden?

Modulnummer	Abgabe- / Prüfungstermin	Modulnummer	Abgabe- / Prüfungstermin

### Erläuterung für den\*die Arzt\*Ärztin:

Macht ein\*e Studierende\*r geltend, aufgrund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung gehindert zu sein, an einer Prüfung teilzunehmen oder eine Prüfung zu beenden, muss er\*sie dies unverzüglich durch ein ärztliches Attest belegen. Das Attest muss grundsätzlich die leistungsbeeinträchtigenden Auswirkungen der Krankheit, nicht jedoch die Krankheit selbst erkennen lassen. Die ärztliche Beteiligung beschränkt sich im Wesentlichen darauf, krankhafte Beeinträchtigungen zu beschreiben und darzulegen, welche Auswirkungen sie auf das Leistungsvermögen des Prüflings in der konkret abzulegenden Prüfung haben. Der\*Die Vorsitzende des Prüfungsausschusses entscheidet über die Anerkennung der geltend gemachten Gründe bzw. ob eine Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Die Beantwortung dieser Rechtsfrage ist grundsätzlich nicht Aufgabe des Arztes; dies ist vielmehr letztlich und in eigener Verantwortung von der Prüfungsbehörde zu entscheiden. Eine vorliegende Prüfungsunfähigkeit schließt die Studierunfähigkeit ein.

### 2) Erklärung des\*der Arztes\*Ärztin

Die heutige Untersuchung zur Frage der Studier- bzw. Prüfungsunfähigkeit des\*der o.g. Patienten\*Patientin hat aus ärztlicher Sicht folgendes ergeben:

1. Es liegen prüfungsrelevante Krankheitssymptome vor, die die psychische oder physische Leistungsfähigkeit deutlich einschränken (z.B. Bettlägerigkeit, Fieber, Schmerzen...) und
2. Es handelt sich nicht um Schwankungen in der Tagesform, Prüfungsstress o.ä. (Dies sind keine erheblichen Beeinträchtigungen im Sinne der Prüfungsfähigkeit.)

Aus ärztlicher Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens gemäß 1. vor. Es wird ausdrücklich bestätigt, dass es sich nicht um eine, wie unter 2. beschriebene minimale Einschränkung der Leistungsfähigkeit handelt. Der\*Die Patient\*in ist aus medizinischer Sicht nicht studier- bzw. prüfungsfähig

vom \_\_\_\_\_ bis (voraussichtlich) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel und Unterschrift des\*der Arztes\*Ärztin