

## Ärztliche Bescheinigung

nur zur Vorlage im Sachgebiet Prüfung und Praktikum  
der Hochschule für angewandte Wissenschaften München

Studierende, die aus gesundheitlichen Gründen nicht zu fälligen Prüfungen antreten oder von bereits angetretenen Prüfungen zurücktreten, müssen der Hochschule diese Gründe unverzüglich anzeigen und zum frühesten zumutbaren Zeitpunkt auch glaubhaft machen. Zu diesem Zweck ist ein den Vorgaben des Prüfungsausschusses entsprechendes ärztliches Attest vorzulegen.

Ihre ärztlichen Tatsachenfeststellungen sind die Grundlage für die Beurteilung der Prüfungsbehörde, ob und seit wann die von den Studierenden geltend gemachte Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Beschreiben Sie daher bitte die Symptome und deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit so ausführlich, dass die Prüfungsbehörde diese Beurteilung ohne weitere Rückfragen vornehmen kann.

Die Studierenden sind aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht im Prüfungsverfahren grundsätzlich dazu verpflichtet, ihre Beschwerden zur Beurteilung ihrer Prüfungsfähigkeit offenzulegen und hierzu die behandelnden Ärzte soweit erforderlich von der Schweigepflicht zu entbinden. Dies bedeutet nicht, dass Sie die konkrete Diagnose als solche offenbaren müssen, sondern nur die durch die festgestellte Erkrankung hervorgerufenen relevanten körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen. Schwankungen in der Tagesform, Prüfungsangst, Prüfungsstress u. Ä. sind im rechtlichen Sinne **keine** erheblichen Beeinträchtigungen.

### Angaben zur Person

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Studiengang \_\_\_\_\_

### Erklärung des behandelnden Arztes

Die oben bezeichnete Person wurde heute um \_\_\_\_\_ Uhr von mir untersucht.

Bezeichnung der festgestellten Erkrankung (optional):

\_\_\_\_\_

Krankheitssymptome und Art der Leistungsminderung in Bezug auf die Prüfungsleistung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dauer der Auswirkungen seit / von\*) \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Aus meiner Sicht liegt eine / keine\*) erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor.

\_\_\_\_\_

Ort / Datum

Praxisstempel

\_\_\_\_\_

Unterschrift des behandelnden Arztes

\*) Nichtzutreffendes streichen