

Anlage 2 - Formular zum Nachweis der Prüfungsunfähigkeit

Ärztliches Attest - zur Vorlage bei einem zuständigen Prüfungsamt der Frankfurt University of Applied Sciences

Prüfungsamt, Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt, Fachbereich _____

Name	Vorname	Geburtsdatum
Matrikelnummer	Studiengang	E-Mail

Erläuterungen für die Ärztin oder den Arzt:

Wenn eine Studierende oder ein Studierender aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint oder sie abbricht, hat sie oder er gemäß Prüfungsordnung dem zuständigen Prüfungsausschuss die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt die oder der Studierende ein ärztliches Attest, das dem Prüfungsausschuss erlaubt, aufgrund Ihrer Angaben als medizinische Sachverständige oder medizinischer Sachverständiger die Rechtsfrage zu beantworten, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Da es für diese Beurteilung nicht ausreicht, dass Sie dem oder der zu Prüfenden pauschal Prüfungsunfähigkeit attestieren, werden Sie um Angaben zu den untenstehenden Punkten gebeten.

Erklärung der Ärztin oder des Arztes:

Meine heutige Untersuchung zur Beurteilung der Prüfungsunfähigkeit bei o.g. Person hat aus medizinischer Sicht folgendes ergeben: Es liegt ein Gesundheitszustand vor, der die Leistungsfähigkeit deutlich einschränkt. Es handelt sich dabei nicht um die Minderung der Leistungsfähigkeit aufgrund der (bevorstehenden) Prüfungssituation, z.B. Prüfungsangst. Die gesundheitliche Beeinträchtigung ist nicht dauerhaft, sondern vorübergehend.

Angaben zur Leistungsminderung <input type="checkbox"/> Mündlich <input type="checkbox"/> Schriftlich <input type="checkbox"/> Fachpraktisch <input type="checkbox"/> Sonstige (Kombination von Leistungsminderungen, Kind krank oder anderes)

Die Patientin oder der Patient ist für die stattfindende Prüfung im Folgenden

Modul	Belegnummer	Datum der Prüfung

aus medizinischer Sicht nicht leistungsfähig: am _____ bzw. im Zeitraum von _____ bis: _____

Zusätzliche Angabe bei schriftlichen Hausarbeiten (z.B. Bachelorarbeiten, Projekte u.a.):

Welche Verlängerung wird angesichts des Grades der Leistungsminderung befürwortet? _____

Mit der Bitte um Ausfüllen dieses Attestes erklärt die Studierende oder der Studierende ihre oder seine Einwilligung dazu, dass Sie dem Prüfungsausschuss bzw. Prüfungsamt die vorstehenden Informationen mitteilen. Dies geschieht im Einklang mit dem Datenschutzgesetz. Nach § 11 Abs. 1 des Hessischen Datenschutzgesetzes (HDBG) dürfen personenbezogene Daten erhoben werden, wenn ihre Kenntnis für die Aufgabenerfüllung der erhebenden Stelle erforderlich ist. Es muss darauf hingewiesen werden, dass sich Ärztinnen oder Ärzte bei der Ausstellung eines unrichtigen Zeugnisses über den Gesundheitszustand eines Menschen zum Gebrauch gegenüber einer Behörde wider besseres Wissen nach § 278 StGB strafbar machen.

Ich habe die Erläuterungen zur Kenntnis genommen.

Datum mit **Angabe der Uhrzeit** Praxisstempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes

Anlage 2 - Formular zum Nachweis der Prüfungsunfähigkeit

Ärztliches Attest - zur Vorlage bei einem zuständigen Prüfungsamt der Frankfurt University of Applied Sciences

Die Patientin oder der Patient ist für die stattfindende Prüfung im Folgenden

Modul	Belegnummer	Datum der Prüfung

aus medizinischer Sicht nicht leistungsfähig: am _____ bzw. im Zeitraum von _____ bis: _____

Zusätzliche Angabe bei schriftlichen Hausarbeiten (z.B. Bachelorarbeiten, Projekte u.a.):

Welche Verlängerung wird angesichts des Grades der Leistungsminderung befürwortet? _____

Die Patientin oder der Patient ist für die stattfindende Prüfung im Folgenden

Modul	Belegnummer	Datum der Prüfung

aus medizinischer Sicht nicht leistungsfähig: am _____ bzw. im Zeitraum von _____ bis: _____

Zusätzliche Angabe bei schriftlichen Hausarbeiten (z.B. Bachelorarbeiten, Projekte u.a.):

Welche Verlängerung wird angesichts des Grades der Leistungsminderung befürwortet? _____

Die Patientin oder der Patient ist für die stattfindende Prüfung im Folgenden

Modul	Belegnummer	Datum der Prüfung

aus medizinischer Sicht nicht leistungsfähig: am _____ bzw. im Zeitraum von _____ bis: _____

Zusätzliche Angabe bei schriftlichen Hausarbeiten (z.B. Bachelorarbeiten, Projekte u.a.):

Welche Verlängerung wird angesichts des Grades der Leistungsminderung befürwortet? _____

Die Patientin oder der Patient ist für die stattfindende Prüfung im Folgenden

Modul	Belegnummer	Datum der Prüfung

aus medizinischer Sicht nicht leistungsfähig: am _____ bzw. im Zeitraum von _____ bis: _____

Zusätzliche Angabe bei schriftlichen Hausarbeiten (z.B. Bachelorarbeiten, Projekte u.a.):

Welche Verlängerung wird angesichts des Grades der Leistungsminderung befürwortet? _____

Ich habe die Erläuterungen zur Kenntnis genommen.

Datum mit **Angabe der Uhrzeit**

Praxisstempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes