



**Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit**  
(zur Vorlage beim Bereich Studium und Lehre, Geissweg 5/1, 72076 Tübingen)

**Erläuterungen für den Arzt/die Ärztin:**

Wenn ein/e Studierende/r aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint oder sie abbricht, muss er/sie gemäß § 12 Abs. 3 Satz 2 der Studienordnung Humanmedizin die krankheitsbedingte Prüfungsunfähigkeit durch Vorlage eines ärztlichen Attests nachweisen. Dies hat spätestens innerhalb von drei Werktagen zu erfolgen.

Zu diesem Zweck benötigt der/die 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.

**WICHTIG:** Schwankungen der Tagesform, Examensangst, Prüfungsstress u.ä. sind keine erheblichen Beeinträchtigungen.

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 von der Prüfungsbehörde zu entscheiden.

**Bitte beachten Sie, dass anhand einer einfachen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung eine Prüfungsunfähigkeit nicht festgestellt werden kann.**

**Von der/dem Studierenden auszufüllen:**

Name, Vorname:

Matrikelnummer:

Studiengang/Abschluss:

Prüfungen:

Prüfungsform:  schriftlich  mündlich  praktisch  sonstige: \_\_\_\_\_

**Erklärung des Arztes/der Ärztin:**

Meine heutige Untersuchung bei o.g. Patient/in hat folgende krankheitsbedingte prüfungsrelevante Einschränkungen ergeben:

Die Gesundheitsstörung ist vorübergehend und nicht dauerhaft  ja  nein

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.

(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift und Praxisstempel)