EBERHARD KARLS
UNIVERSITÄT
TÜBINGEN

Medizinische Fakultät

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 § 9 Abs. 1 Studienordnung Zahnheilkunde (2014) oder § 21 Abs. 4 Studien- und Prüfungsordnung Zahnmedizin, 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/in 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.

Ich bestätige in keinem Verwandtschaftsverhältnis zu o.g. Patient/in zu stehen. ☐

(Datum)

(Unterschrift und Praxisstempel)