

Naturwissenschaftliches
 Prüfungsamt
 Heinrich Buff Ring 17-19
 35392 Giessen

Bescheinigung über Prüfungsunfähigkeit durch Haus-/Facharzt

Erläuterung für den Arzt:

Wenn Studierende aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheinen, von ihr zurücktreten oder den Bearbeitungszeitraum verlängern wollen, haben sie dies dem zuständigen Prüfungsgremium gegenüber glaubhaft zu machen. Hierfür benötigen die Studierenden ein ärztliches Attest, das die Prüfungsunfähigkeit bescheinigt. Hierzu dient dieses Formular. Ein alleiniges Attest über die Arbeitsunfähigkeit ist nicht ausreichend. Auf Verlangen kann der Prüfungsausschuss ein amtsärztliches Attest einfordern. Die Kosten für ein amtsärztliches Attest bzw. die amtsärztliche Untersuchung trägt der/die Studierende.

Vom Arzt auszufüllen:

1. Angaben zur untersuchten Person:

_____ (Name, Vorname, Geburtsdatum)

hat sich am _____ (Datum) bei mir vorgestellt.

2. Erklärung des Arztes:

Meine heutige Untersuchung hat zur Frage der Prüfungsfähigkeit aus ärztlicher Sicht folgendes ergeben:

Es liegt Prüfungsunfähigkeit vor (Zutreffendes bitte ankreuzen):

<input type="checkbox"/>	Für schriftliche Prüfungen im Zeitraum vom _____ bis _____ / am _____ (Datum erforderlich)
<input type="checkbox"/>	Für mündliche Prüfungen im Zeitraum vom _____ bis _____ / am _____ (Datum erforderlich)
<input type="checkbox"/>	Für die Bearbeitung länger andauernder Prüfungen (Hausarbeit, Thesis etc.) vom _____ bis _____ (Datum erforderlich)
<input type="checkbox"/>	Für andere Prüfungsformen (z.B. sportpraktische, künstlerische oder musikalische Prüfungen etc.) vom _____ bis _____ / am _____ (Datum erforderlich)

Ich kann ausschließen, dass es sich bei den Beschwerden um eine endogene Reaktion auf das Prüfungsgeschehen handelt, d.h. die Prüfungssituation löst die Beschwerden weder mittelbar noch unmittelbar aus.

 (Ort, Datum, Unterschrift des Arztes/der Ärztin / Praxisstempel)

Vom Studierenden/Prüfling auszufüllen:

Studiengang: _____

Matrikelnummer: _____

Modulname: _____

Modulcode: _____

Prüfungstermin: _____

Bitte ankreuzen:

regulärer Termin 1. Wiederholungstermin 2. Wiederholungstermin

(Achtung nicht Ihr individueller Versuch sondern das Angebot im jeweiligen Semester ist hier gemeint)

Semesterzugehörigkeit der Prüfung (z.B. WS 13/14): _____

 Datum

 Unterschrift