

# **Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit**

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

Rechtsgrundlage für die Erstellung einer Prüfungsunfähigkeitsbescheinigung ist § 15 Abs. 2 bis 4 Allgemeiner Teil der Bachelorprüfungsordnungen der Hochschule Bremen bzw. § 15 Abs. 2 bis 4 Allgemeiner Teil der Masterprüfungsordnungen der Hochschule Bremen.

Da es für die Beurteilung der Prüfungsfähigkeit durch den Prüfungsausschuss nicht ausreicht, dass Sie der/dem Studierenden pauschal Prüfungsunfähigkeit attestieren, werden Sie um die nachstehenden Ausführungen gebeten. Wichtig: eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist kein Ersatz für eine Prüfungsunfähigkeitsbescheinigung.

## **Erläuterungen für die Studierenden**

Mit der Vorlage des Formblattes bei einer Ärztin / einem Arzt mit der Bitte um Ausfüllen des nachstehenden Attestes erklärt die/der Studierende sein Einverständnis, dass der/dem Prüfungsausschussvorsitzenden die vorstehenden Informationen mitgeteilt werden. Dies geschieht im Einklang mit dem Datenschutzgesetz.

Die/der Studierende kann das Einverständnis verweigern und auch mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, jedoch kann das zur Folge haben, dass kein triftiger Grund im Sinne der Prüfungsordnungen vorliegt und die Prüfung mit „nicht ausreichend“ bewertet wird.

Beachten Sie darüber hinaus, dass gemäß § 15 Abs. 3 Allgemeiner Teil der Bachelor- bzw. Masterprüfungsordnungen der Hochschule Bremen in Zweifelsfällen zusätzlich zur Prüfungsunfähigkeitsbescheinigung die Vorlage eines amtsärztlichen Attestes verlangt werden kann.

# Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit - Ärztliches Attest

Zur Vorlage beim zuständigen Prüfungsausschussvorsitzenden der Hochschule Bremen

## A) Angaben zur untersuchten Person

Nachname	Vorname
Matrikelnummer	Geburtsdatum

## B) Angaben zur Prüfung

Klausur (nur bei Abbruch der Prüfung) <input type="checkbox"/>	Bachelor-/ Masterarbeit <input type="checkbox"/>	Prüfungsdatum / Abgabedatum
Mündl. Prüfung <input type="checkbox"/>	sonst. Prüfungsform (bitte benennen)	Modulname
		Name des Prüfers / Erstprüfers

## C) Erklärung der Ärztin / des Arztes

1) Es liegen prüfungsrelevante Krankheitssymptome vor, die die psychische oder/und physische Leistungsfähigkeit deutlich einschränken (beispielsweise Bettlägerigkeit, Schmerzen, Fieber oder Beeinträchtigungen aufgrund von Medikamenteneinnahme).

2) Es handelt sich nicht um Schwankungen der Tagesform oder Prüfungsstress (dies sind keine erheblichen Beeinträchtigungen im Sinne der Prüfungsfähigkeit).

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens gemäß Ziffer 1 vor. Ich bestätige hiermit ausdrücklich, dass es sich nicht um eine minimale Einschränkung der Leistungsfähigkeit gemäß Ziffer 2 handelt.

Die Patientin / der Patient ist daher für die unter B) genannte Prüfung am \_\_\_\_\_  
bzw. in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_  
aus medizinischer Sicht prüfungsunfähig.

Datum, Praxisstempel, Unterschrift