



**Bescheinigung zur Prüfungsunfähigkeit (Ärztliches Attest)**

Zur Vorlage beim Prüfungsausschuss der Theologischen Fakultät der Universität Leipzig.  
Einzureichen über das Studienbüro der Theologischen Fakultät.

**Von der/dem Studierenden auszufüllen:**

_____	_____	_____
Matrikelnummer	Studiengang	Fachsemester
_____	_____	
Prüfungsdatum	Prüfung	

**Von der Ärztin/dem Arzt auszufüllen:**

**Erläuterung für die Ärztin/den Arzt:**  
 Wenn eine/ein Studierende/r aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint, sie abbricht oder nach Beendigung von dieser zurücktritt, hat sie/er gemäß der Prüfungsordnung die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt sie/er ein ärztliches Attest, welches dem zuständigen Prüfungsausschuss erlaubt, aufgrund Ihrer Angaben als medizinischer Sachverständiger die Rechtsfrage zu beantworten, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt. 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 der Ärztin/des Arztes; dies ist vielmehr letztlich und in eigener Verantwortung von dem Prüfungsausschuss zu entscheiden. Da es für diese Beurteilung nicht ausreicht, dass Sie dem Prüfling Prüfungsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit attestieren, werden Sie um kurze Ausführungen zu den nachstehenden Punkten gebeten. Studierende sind aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offen zu legen und hierzu erforderlichenfalls die/den behandelnde/n Ärztin/ Arzt von ihrer/ seiner ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden. **Dies bedeutet nicht, dass Sie die Diagnose als solche bekannt geben müssen, sondern nur die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen.**

**1. Name der/des untersuchten Patientin/Patienten:**

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	
Straße und Hausnummer	PLZ und Wohnort	

**2. Erklärung der Ärztin/des Arztes:**

Meine heutige Untersuchung zur Frage der Prüfungsunfähigkeit bei o.g. Patienten hat aus ärztlicher Sicht folgendes ergeben:

Krankheitssymptome / Art der Leistungsminderung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Gesundheitsstörung ist (bitte ankreuzen):  dauerhaft  vorübergehend

Dauer der Krankheit: von: \_\_\_\_\_ bis einschließlich: \_\_\_\_\_

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor. (Schwankungen in der Tagesform, Examensangst, Prüfungsstress u.ä. sind keine erheblichen Beeinträchtigungen):  ja  nein

_____	_____
Datum	Praxisstempel und Unterschrift



