

**Westfälische Hochschule Gelsenkirchen Bocholt Recklinghausen
Institut für Journalismus & Public Relations**

Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit (Ärztliches Attest)

Zur Vorlage beim Prüfungsausschuss des Institut für Journalismus & Public Relations

Erläuterung für den Arzt:

Wenn ein Studierender aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint, sie abbricht oder nach Beendigung von ihr zurücktritt, hat er gemäß der Diplomprüfungsordnung dem zuständigen Prüfungsausschuss bzw. Prüfungsamt die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt er ein ärztliches Attest, das es dem Prüfungsausschuss bzw. Prüfungsamt 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 des Arztes; dies ist vielmehr letztlich und in eigener Verantwortung von der Prüfungsbehörde (Prüfungsausschuss bzw. Prüfungsamt) zu entscheiden. Da es für diese Beurteilung nicht ausreicht, dass Sie dem Prüfling Prüfungsunfähigkeit attestieren, werden Sie um kurze Ausführungen zu den nachstehenden Punkten gebeten. Studierende sind auf Grund Ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offen zulegen und hierzu erforderlichenfalls den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden. Dies bedeutet nicht, dass der Arzt die Diagnose als solche bekannt geben muss, sondern eben nur die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen. Dies steht im Einklang mit dem Datenschutz. Gemäß Datenschutz dürfen personenbezogene Daten erhoben werden, wenn ihre Kenntnis für die Aufgabenerfüllung der erhebenden Stelle erforderlich ist.

Hinweis: Das Attest kann auch formlos erstellt werden, soweit es die folgenden Punkte erhält.

1.) Name der untersuchten Person:

Nachname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Matr.-Nr.:
Straße und Hausnummer:	PLZ und Wohnort:
Betrifft folgende Prüfung: _____ Datum: _____ Prüfer: _____	

2.) Erklärung des Arztes:

Meine heutige Untersuchung bei o.g. Patient/Patientin hat aus ärztlicher Sicht folgendes ergeben:

Auswirkung/Bezeichnung der Krankheit :

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor ja nein

Die Gesundheitsstörung ist (bitte ankreuzen) dauerhaft, d.h. auf nicht absehbare Zeit vorübergehend

Dauer der Krankheit:

Von:	Bis einschl.:
------------	---------------------

Datum, Praxisstempel und Unterschrift

Bearbeitung Prüfungsamt: Abbruch/Rücktritt anerkannt

Datum/Unterschrift