

# Bescheinigung über eine ärztliche Untersuchung

zur Vorlage bei der **Evangelischen Hochschule Ludwigsburg I Campus Reutlingen**  
Staatlich anerkannte Hochschule für Angewandte Wissenschaften der Ev. Landeskirche in Württemberg  
Pestalozzistr. 53, Gebäude 14 | 72762 Reutlingen



Evangelische Hochschule  
Ludwigsburg  
Campus Reutlingen

\_\_\_\_\_  
*Name, Vorname der/des Studierenden*

\_\_\_\_\_  
*Anschrift*

\_\_\_\_\_  
*Geburtsdatum*

\_\_\_\_\_  
*Datum der Untersuchung*

## **Beschreibung der gesundheitlichen Beeinträchtigung (Symptome):**

*Eine Beschreibung in Worten ist erforderlich (z.B. Fieber oder bestimmte Schmerzen).  
ICD-Codes oder die Diagnose sind weder erforderlich noch ausreichend.*

## **Voraussichtliche Zeitdauer der gesundheitlichen Beeinträchtigung:**

vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_

## **Angabe der sich daraus ergebenden Behinderung in der Prüfung:**

*(z.B. Störung der Konzentrationsfähigkeit oder Schreibfähigkeit)*

## **Empfehlung:**

Der Prüfungsbehörde wird empfohlen festzustellen, dass der/die o.g. Studierende aufgrund der vorgenannten Gründe\*

bis auf weiteres **in der Lage** war/ist, an Prüfungen der Hochschule teilzunehmen

vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_ nur

**mit folgenden Einschränkungen in der Lage** war/ist, an Prüfungen an der Hochschule teilzunehmen:

vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_

**nicht in der Lage** war/ist, an Prüfungen der Hochschule teilzunehmen.\*\*

*\* Zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. entsprechend ergänzen. Nach der Rechtsprechung muss letztlich die Prüfungsbehörde die Prüfungsunfähigkeit feststellen. Dem Arzt/der Ärztin kommt insofern die Rolle des Gutachters/der Gutachterin zu. Die Angabe der Krankheitssymptome bzw. der Diagnose soll so erfolgen, dass die Prüfungsbehörde die Prüfungsunfähigkeit feststellen kann.*

*\*\* Im attestierten Krankheitszeitraum dürfen keinerlei Prüfungsleistungen erbracht werden. Die Möglichkeit einer Gesundheitsreibung bleibt unbenommen.*

\_\_\_\_\_  
*Datum der Ausstellung der Bescheinigung*

\_\_\_\_\_  
*Praxisstempel*

\_\_\_\_\_  
*Name des Arztes/der Ärztin in Druckbuchstaben*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift des Arztes/der Ärztin*