

---

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 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 Gesundheitschreibung bleibt unbenommen.

---

Datum der Ausstellung der Bescheinigung

---

Praxisstempel

---

Name des Arztes/der Ärztin in Druckbuchstaben

---

Unterschrift des Arztes/der Ärztin