

VORDRUCK RÜCKTRITT

Vordruck für den Nachweis der Prüfungsunfähigkeit (Ärztliches Attest)

Erläuterungen für die Ärztin bzw. den Arzt

Prüfungskandidatinnen bzw. Prüfungskandidaten, die aus gesundheitlichen Gründen an der Prüfung nicht teilnehmen können, haben im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht ihre Prüfungsunfähigkeit gegenüber dem Landesprüfungsamt durch ein ärztliches Attest nachzuweisen. Dem ärztlichen Attest müssen die unverschlüsselte Diagnose, der Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens der Erkrankung, sowie die voraussichtliche Dauer der Erkrankung zweifelsfrei zu entnehmen sein. Ferner muss das ärztliche Attest eine Aussage zu der Auswirkung der Erkrankung auf Prüfungsfähigkeit enthalten.

Name:		Vorname(n):	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Straße, Nr.		PLZ, Ort:	
Art der Prüfung		Tag der Prüfung:	

Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht durch die Patientin/den Patienten:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die unten geforderten Angaben vollständig beantwortet werden.

Datum, Unterschrift

Erklärung der Ärztin/des Arztes:

Meine am _____ durchgeführte Untersuchung zur Frage einer krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit bei o. g. Patientin bzw. Patienten hat aus ärztlicher Sicht folgendes ergeben:

1. Unverschlüsselte Diagnose:
2. Auswirkungen der Erkrankung auf das Leistungsvermögen im Hinblick auf die Prüfung:

3. Dauer der Erkrankung:

Die Erkrankung ist erstmals aufgetreten am: _____

Sie wird voraussichtlich andauern bis zum: _____

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes
und **Praxisstempel**