

Formular für den Nachweis der Prüfungsunfähigkeit

Zur Vorlage beim zuständigen Prüfungsausschuss des Studieninstitutes
Niederrhein, Königstraße 170, 47798 Krefeld

Bei Vorlage per E- Mail: sinn@krefeld.de

Bei Vorlage per Fax: 02151 / 86-1390

Erläuterungen für die Ärztin / den Arzt:

Prüflinge, die aus gesundheitlichen Gründen erheblich in der Leistungsfähigkeit beeinträchtigt sind und deshalb eine Prüfung versäumen bzw. von einer Prüfung zurücktreten, haben dem zuständigen Prüfungsausschuss des Studieninstitutes Niederrhein die Prüfungsunfähigkeit **unverzüglich** glaubhaft zu machen. Die Entscheidung über die Prüfungsunfähigkeit ist eine **Rechtsfrage** und daher alleine vom Prüfungsausschuss zu treffen.

Zur Glaubhaftmachung der Prüfungsunfähigkeit wird ein ärztliches Attest benötigt, das Angaben zu den **Krankheitssymptomen und deren Auswirkungen auf das Leistungsvermögen** - möglichst in Bezug auf die konkrete Prüfungsform {Klausur, praktische Prüfung etc.} - enthält. **Die bloße Feststellung einer Prüfungsunfähigkeit durch den Arzt ist nicht ausreichend und wird vom Prüfungsausschuss nicht anerkannt.**

Lehrgangsteilnehmer/innen sind aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht im Prüfungsverfahren grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsfähigkeit ihre Beschwerden offen zu legen und hierzu erforderlichenfalls den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden.

Schwankungen der Tagesform, Examensangst, Prüfungsstress o.ä. stellen in der Regel keine erheblichen Beeinträchtigungen dar.

Hinweis: Das Attest kann unter Berücksichtigung der nachfolgend aufgeführten notwendigen Angaben auch formlos erstellt werden.

Angaben zu der untersuchten Person:

Nachname, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Lehrgang _____

Datum und Art der Prüfung _____ schriftlich praktisch

Erklärung der Ärztin / des Arztes (nur von der Ärztin / vom Arzt auszufüllen)

Meine am _____ um _____ Uhr durchgeführte Untersuchung zur Frage einer krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit für die Prüfungsleistung am _____ hat bei der/dem o.g. Patientin/ Patienten aus ärztlicher Sicht folgendes ergeben:

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes: