

Ärztliches Attest zur Feststellung von Prüfungsunfähigkeit

I. Persönliche Angaben der untersuchten Person *[vom Prüfling auszufüllen!]*

Name		Matr.-Nr.:	
Vorname		Geb.-Dat.:	
StG/PAL		Kurs/Klasse	

II. Von der Prüfungsunfähigkeit betroffene Prüfung(en) *[vom Prüfling auszufüllen!]*

	Datum	Bezeichnung der Prüfung	Art der Prüfung <i>[ankreuzen]</i>		
1.			schriftlich	mündlich	prakt./Sport
2.			schriftlich	mündlich	prakt./Sport
3.			schriftlich	mündlich	prakt./Sport

III. Ärztliche Erklärung *[von Ärztin / vom Arzt auszufüllen!]*

Aus ärztlicher Sicht liegt eine prüfungsrelevante
Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor:

☐ ja ☐ nein

Diagnose / Symptomatik *[bitte kurz und allgemein verständlich beschreiben]:*

Art der Leistungsbeeinträchtigung *[bitte kurz und allgemein verständlich im Hinblick auf die in Pkt. II. genannten Prüfungen beschreiben]:*

Die vorgenannte Leistungsbeeinträchtigung besteht

- ☐ vorübergehend, voraussichtlich vom: _____ bis: _____
- ☐ dauerhaft

Die/der Unterzeichner(-in) ist insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden.

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift