



Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit  
-Ärztliches Attest-

zur Vorlage beim Prüfungsamt der Universität Hohenheim

**Erläuterung für den Arzt/die Ärztin:**

Ihre ärztlichen Tatsachenfeststellungen sind Grundlage für die Beurteilung des Prüfungsamtes bzw. des Prüfungsausschusses, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt oder nicht. Die Beantwortung der Rechtsfrage, ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung den Abbruch der Prüfung oder den Rücktritt von der Prüfung rechtfertigen kann, ist grundsätzlich nicht Aufgabe des Arztes; dies ist vielmehr letztlich und in eigener Verantwortung von der Prüfungsbehörde zu entscheiden.

**Angaben zur untersuchten Person:**

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
Matrikelnummer	Abschluss	Studiengang

**Erklärung des Arztes/der Ärztin:**

Meine heutige Untersuchung zur Frage der Prüfungsunfähigkeit bei o.g. Patient/Patientin hat aus ärztlicher Sicht Folgendes ergeben:

1. Es liegen prüfungsrelevante Krankheitssymptome vor, die die psychische und/oder physische Leistungsfähigkeit deutlich einschränken, wie z.B. Bettlägerigkeit, Fieber, Schmerzen, Konzentrationsstörungen aufgrund der Einnahme von Medikamenten.
2. Es handelt sich nicht um Schwankungen in der Tagesform, Prüfungsstress, Prüfungsangst und ähnliches. (Dies sind im Sinne der Prüfungsunfähigkeit keine erheblichen Beeinträchtigungen)

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens gemäß Punkt 1 vor. Ich bestätige ausdrücklich, dass es sich nicht um eine, wie unter Punkt 2 beschriebene, minimale Einschränkung der Leistungsfähigkeit handelt.

Dauer der Erkrankung vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Zusätzliche** Angabe für die Verlängerung der Bearbeitungszeit von Abschlussarbeiten (Bachelor-, Master-, Diplomarbeiten) bzw. Seminar- oder Hausarbeiten:

Krankheitssymptome/Art der Leistungsminderung:

---

---

Ich befürworte eine Verlängerung der Bearbeitungszeit um \_\_\_\_\_ Tage / Wochen / Monate.  
(z.B. wenn o.g. Patient/in die Arbeit eingeschränkt fortsetzen kann, so dass eine Verlängerung über den gesamten Krankheitszeitraum aus Gründen der Chancengleichheit unangemessen ist)

---

Datum, Praxisstempel, Unterschrift