[redacted]

Name, Vorname der*des Versicherten

geb. am

[redacted]

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Ärztliches Attest

gem. § 63 Abs. 7 Hochschulgesetz NRW

zur Vorlage beim zuständigen Prüfungsausschuss
für den u.g. (Teil)- Studiengang
an der Bergischen Universität Wuppertal
als Prüfungsbehörde

Von der*dem Prüfungskandidat*in auszufüllen:

Name, Vorname | Matrikel-Nr.

(Teil-) Studiengang und -abschluss

Prüfungsdatum | Prüfungszeit von | Prüfungszeit bis | Modul-Nr.

Modulname | Prüfungsform: - bitte auswählen -

Von der Ärztin bzw. dem Arzt auszufüllen:

Hinweise für die Ärztin bzw. den Arzt:

Wer aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Hochschulprüfung erscheint, sie abbricht oder nach Beendigung von ihr zurücktritt, hat dem zuständigen Prüfungsausschuss als Prüfungsbehörde die Erkrankung glaubhaft zu machen; grundsätzlich erfolgt dies durch ein **Ärztliches Attest über die Prüfungsunfähigkeit gem. § 63 Abs. 7 Hochschulgesetz NRW.**

Nach der Rechtsprechung liegt Prüfungsunfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen ausschließlich dann vor, wenn die **Leistungsfähigkeit** der betroffenen Person durch **erhebliche gesundheitliche Beschwerden** physischer oder psychischer Art in der konkreten Prüfungssituation so beeinträchtigt ist, dass ein Nachweis der fachlichen Kenntnisse und Fähigkeiten in einer Hochschulprüfung unter Beachtung der Prüfungsform (siehe oben) nicht möglich ist – durch eine **akute, vorübergehende und erhebliche Beeinträchtigung** des Gesundheitszustandes.

Ist die Beeinträchtigung **nicht akut, nicht vorübergehend und/oder nicht erheblich**, liegt **keine rechtlich beachtliche Prüfungsunfähigkeit** vor.

Die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit durch **Prüfungsangst oder Prüfungsstress** führt grundsätzlich **nicht zu einer rechtlich beachtlichen Prüfungsunfähigkeit**; anders ist es, wenn die Schwelle zu einer psychischen Erkrankung eindeutig überschritten ist. Die Fähigkeit, Prüfungsangst und Prüfungsstress zu beherrschen oder ausgleichen zu können, wird in der Prüfung grundsätzlich erwartet.

Die Prüfungsunfähigkeit ist daher nicht gleichzusetzen mit der Arbeitsunfähigkeit. Die **rechtliche Feststellung** der Prüfungsunfähigkeit trifft ausschließlich der zuständige Prüfungsausschuss als Prüfungsbehörde auf Grund Ihrer Angaben als medizinische*r Sachverständige*r im Folgenden.

Angaben zur Befunderhebung: | Datum | Uhrzeit

Die persönliche klinische/psychologische Untersuchung fand statt am/um

Zeitpunkt der Erkrankung: | Datum | Uhrzeit

Die*der Kandidat*in ist prüfungsunfähig erkrankt am/um
(Angabe der Uhrzeit nur notwendig bei Abbruch bzw. Rücktritt nach Beendigung der Prüfung)

Zeitpunkt der Erkennbarkeit der Erkrankung: | Datum | Uhrzeit

Die Erkrankung war für die*den Kandidat*in erkennbar am/um
(Angaben nur notwendig bei Abbruch bzw. Rücktritt nach Beendigung der Prüfung)

Dauer der Erkrankung: | Datum

Die*der Kandidat*in ist voraussichtlich prüfungsunfähig erkrankt bis zum

Erklärung zur Erkrankung:

Die*der Kandidat*in ist für die oben angegebene Prüfung und Prüfungsform nach meiner klinischen/psychologischen Untersuchung

☐ prüfungsunfähig, weil es sich um eine **akute, vorübergehende und erhebliche Beeinträchtigung** des Gesundheitszustandes handelt,

- ☐ aber die Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes ist durch **eine chronische Erkrankung oder ein Dauerleiden** verursacht.
- ☐ aber die Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes ist mit hoher Wahrscheinlichkeit durch **Prüfungsangst oder Prüfungsstress** bedingt.

Name, Vorname der attestierenden Ärztin bzw. des attestierenden Arztes in Druckbuchstaben: | Ort | Datum

(Bitte vergessen Sie nicht, oben Ihre Betriebsstätten-Nr. und lebenslange Arzt-Nr. anzugeben bzw. einzudrucken, damit die Prüfungsbehörde dieses Ärztliche Attest verifizieren kann. Vielen Dank!)

Eigenhändige Unterschrift der Ärztin/des Arztes und Praxisstempel

Bearbeitungsvermerke der Universität: