

Ärztliches Attest über Prüfungsunfähigkeit

1) Personalien der untersuchten Person

Nachname, Vorname:

Geburtsdatum:

2) Erklärung der untersuchenden Ärztin bzw. des untersuchenden Arztes:

Meine am _____ durchgeführte Untersuchung zur Frage der Prüfungsfähigkeit bei der o.g. Person hat **gesundheitliche Beeinträchtigungen** ergeben. Aus den gesundheitlichen Beeinträchtigungen ergibt sich eine **Prüfungsunfähigkeit** für die folgende(n) **Art(en) von Prüfungen** (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- Mündliche Prüfung** (Präsentation, Referat o.ä.)
- Schriftliche Prüfung** (Klausur)

Dauer der Beeinträchtigung (Zeitraum): von _____ bis einschließlich _____

Praxisstempel

Name Ärztin/Arzt: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____