
Begleitschreiben zur Vorlage einer krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit beim
Studiendekanat Zahnmedizin

Studiendekanat Zahnmedizin
Medizinische Hochschule Hannover
OE 7777 Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover

Name:

Vorname:

Matrikelnummer:

Ich studiere Zahnmedizin im

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Fachsemester.

Das beigefügte ärztliche Attest (im Original) bezieht sich auf folgende Prüfungen:

Prüfung: (exakter Modulname)

am um

Prüfung: (exakter Modulname)

am um

.....
Datum

.....
Unterschrift

Formular zur Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit (Ärztliches Attest)

Zur Vorlage beim **Studiendekanat Zahnmedizin**

Erläuterung für den Arzt / die Ärztin:

1. Studierende sind aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offen zu legen und hierzu erforderlichenfalls den behandelnden Arzt und/oder die behandelnde Ärztin von seiner/ihrer ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden.
2. Eine Bekanntgabe der Diagnose muss nicht erfolgen.
3. Die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen sind anzugeben. Eine generelle Attestierung von Prüfungsunfähigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit ist unzureichend.
4. Das Attest kann auch formlos ausgestellt werden, sofern es die folgenden Punkte enthält.

1. Angaben zur untersuchten Person:

Name: Vorname:
 Geburtsdatum: Geburtsort:
 Anschrift:

2. Erklärung des behandelnden Arztes:

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

Bezeichnung der Krankheit (optional):

.....

Krankheitssymptome/Art der Leistungsminderung:

.....

Die Gesundheitsstörung ist (bitte ankreuzen): dauerhaft vorübergehend, d.h. auf absehbare Zeit

Dauer der Krankheit: vom bis einschließlich

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor. Es handelt sich nicht um Schwankungen in der Tagesform, Examensangst, Prüfungsstress oder Ähnliches. (Dies sind im Sinne der Prüfungsunfähigkeit keine erheblichen Beeinträchtigungen.)

ja nein

Der Patient / die Patientin ist im o. g. Zeitraum aus meiner medizinischen Sicht für folgende Prüfungsarten

prüfungsunfähig: mündliche Prüfungen schriftliche Prüfungen

.....
Datum

.....
Praxisstempel und Unterschrift