



Hinweise zum amtsärztlichen Formular des Gesundheitsamtes Salzgitter

- Für die amtsärztliche Untersuchung gilt das Wohnortprinzip, d.h. Sie müssen sich an das Gesundheitsamt Ihres Wohnortes wenden, wenn Sie ein amtsärztliches Zeugnis benötigen.
- Das anliegende Formular gilt nur für die Feststellung der Prüfungsunfähigkeit durch das Gesundheitsamt Salzgitter. Das Formular drucken Sie bitte farbig aus und nehmen es zur Untersuchung beim Gesundheitsamt Salzgitter mit. Vor dem Termin füllen Sie bitte den oberen Teil des Formulars – wie angegeben – aus.
- Zur Untersuchung bei einem anderen Gesundheitsamt (z. B. Wolfsburg, Hannover) müssen Sie vorab kein Formular ausdrucken und ausfüllen. Sie erhalten die jeweiligen Unterlagen vor Ort.
- Die Ausstellung eines amtsärztlichen Zeugnisses ist kostenpflichtig. Die Gebühr beträgt beim Gesundheitsamt Salzgitter zz. 75,00 €, sofern eine Untersuchung erforderlich ist.
- Falls Sie zeitnah keinen Termin beim Gesundheitsamt Salzgitter für eine Untersuchung erhalten, gehen Sie bitte zunächst zu Ihrem behandelnden (Haus-)Arzt. Das (haus-)ärztliche Attest legen Sie dann bitte beim Gesundheitsamt vor und fügen es auch dem amtsärztlichen Zeugnis bei, wenn Sie es beim Prüfungsausschuss einreichen. Das (haus-)ärztliche Attest muss darlegen, welche gesundheitlichen bzw. körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen bestehen und welche Auswirkungen sie auf das Leistungsvermögen der/des zu Prüfenden in der konkret abzulegenden Prüfung haben. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (sog. Gelber Schein) genügen nicht den prüfungsrechtlichen Anforderungen, da sie keine Angaben zu der Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung und zu deren Auswirkungen auf das Leistungsvermögen enthalten.

Amtsärztliches Verfahren zur Feststellung einer Prüfungs(un)fähigkeit

von dem/der Studenten/in bzw. zu Prüfenden auszufüllen:

nur zur Vorlage beim Prüfungsausschuss der Fakultät/Institution: _____

Nachname: _____ **Vorname:** _____

Matrikelnummer: _____ **Geburtsdatum:** _____

PLZ, Wohnort, Straße: _____

Studiengang: _____

Betroffene Prüfung(en):

Prüfungsnr.	Prüfungsname	Prüfungsdatum	Prüfungsart	Zeitdauer

Mit meinen im gesonderten Vordruck „Ihre Angaben zur Vorgeschichte“ genannten Angaben begründe ich diesen Antrag auf amtsärztliche Untersuchung zur Feststellung meiner Prüfungsunfähigkeit.

Ich entbinde die Ärzte und Ärztinnen des Gesundheitsamtes Salzgitter von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Prüfungsausschuss der o. g. Fakultät/Institution und willige in die Datenübermittlung untereinander ein. Insbesondere erkläre ich mich einverstanden, dass Nachfragen des Prüfungsausschusses zu den amtsärztlichen Angaben, einschließlich medizinischer und persönlicher Daten, direkt beantwortet werden. Diese Entbindung und Einwilligung erfolgt für keine anderen Zwecke und endet automatisch mit Abschluss der Bearbeitung des Vorganges der Feststellung der Prüfungs(un)fähigkeit. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die amtsärztliche Stellungnahme in jedem Fall kostenpflichtig und ohne ausdrückliche oder stillschweigende Zusicherung einer Kostenerstattungsmöglichkeit durch Dritte ist.

Salzgitter, den _____ Unterschrift: _____

Nur vom Gesundheitsamt Salzgitter auszufüllen:

Amtsärztliche Stellungnahme

Untersuchungstag: oder Beurteilung nach Aktenlage

vorgelegte ärztliche Unterlage(n) ist/sind als plausibel und aussagekräftig zu bewerten.

Wenn keine ärztlichen Unterlagen vorgelegt wurden oder diese als unplausibel bzw. als nicht

aussagekräftig genug bewertet werden: Die festgestellten relevanten Befunde sind:

.....

UNZUTREFFENDE Feststellung komplett durchstreichen:

Die Beschwerden/Befunde/Leistungsminderungen sind mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verursacht durch Prüfungsangst oder Prüfungsstress.

Aus amtsärztlicher Sicht beeinflussen die Beschwerden und Leistungsminderungen den Untersuchten / die Untersuchte für den angegebenen Prüfungszeitraum und vom Krankheitswert erheblich.

**Stadt Salzgitter
Der Oberbürgermeister
-Gesundheitsamt-
Im Auftrag**

Salzgitter, den _____

Unterschrift Amtsärztin/Amtsarzt

Arztstempel

Dienstsiegel