

# W 15 **Amtsärztliches Verfahren zur Feststellung einer Prüfungs(un)fähigkeit**

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

nur zur Vorlage beim Prüfungsausschuss der Fakultät: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Matrikelnummer: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort, Straße: \_\_\_\_\_

Studiengang: \_\_\_\_\_

**Betroffene Prüfung(en):**

Prüfungsnr.	Prüfungsname	Prüfungsdatum	Prüfungsart	Zeitdauer

Ich entbinde die Ärzte und Ärztinnen des Gesundheitsamtes von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Prüfungsausschuss der o. g. Fakultät 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.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Nur vom Gesundheitsamt 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, Prüfungsunfähigkeit ist nicht festzustellen.

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

**Die Prüfungsunfähigkeit besteht für die Zeit vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_**

**-Gesundheitsamt-  
Im Auftrag**

Ort: ..... Datum: .....  
Unterschrift Amtsärztin/Amtsarzt \_\_\_\_\_  
Arztstempel/Dienststempel \_\_\_\_\_