

Eingangsstempel

**Fakultätsservicebüro TI**  
Berliner Tor 7 (Raum 288)  
20099 Hamburg

Öffnungszeiten  
Mo/Di/Do/Fr: 10 - 13 Uhr



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg  
Hamburg University of Applied Sciences

## Nachweis der Prüfungsunfähigkeit (Ärztliches Attest)

zur Vorlage im Prüfungsausschuss eines Departments der Fakultät Technik und Informatik  
der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

### **Erläuterung für die Ärztin bzw. den Arzt:**

Studierende, die aus gesundheitlichen Gründen einen Prüfungstermin oder eine Prüfungsfrist versäumen bzw. von einer Prüfung zurücktreten, haben dem Prüfungsausschuss die Prüfungsunfähigkeit glaubhaft zu machen. Die Entscheidung über die Prüfungsunfähigkeit ist eine Rechtsfrage und vom Prüfungsausschuss bzw. von der oder dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses zu treffen. Dazu wird ein ärztliches Attest benötigt, das der oder dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses ermöglicht, aufgrund der Angaben des oder der medizinischen Sachverständigen zu den Krankheitssymptomen und deren Auswirkungen auf das Leistungsvermögen über die Prüfungsunfähigkeit zu entscheiden. Die Angabe der Diagnose ist erforderlich. Schwankungen der Tagesform, Examensangst, Prüfungsstress u. ä. stellen in der Regel keine erheblichen Beeinträchtigungen dar.

**Studierenden** obliegt es, an der Feststellung der Prüfungsfähigkeit mitzuwirken. Die Erhebung der Daten steht im Einklang mit dem Hamburgischen Datenschutzgesetz und wurde mit dem bzw. der Hamburgischen Datenschutzbeauftragten abgestimmt.

### **Daten der untersuchten Person:**

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

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

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ und Wohnort: \_\_\_\_\_

Prüfungsfach (Kürzel) / Prüfer: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Prüfungsdatum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Department:

- FuF
- MuP
- IuE
- Informatik
- Mechatronik
- \_\_\_\_\_

### **Erklärung der Ärztin oder des Arztes:**

Meine am \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_ durchgeführte Untersuchung zur Frage einer krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit bei o.g. Patientin bzw. Patienten hat aus ärztlicher Sicht folgendes ergeben:

#### **Krankheitssymptome (Tatsachenfeststellung aufgrund eigener Wahrnehmung)**

*[bitte beachten: Schwankungen in der Tagesform, Examensängste, Prüfungsstress u. ä. sind keine erheblichen Beeinträchtigungen]*

#### **Auswirkungen der Erkrankung auf das Leistungsvermögen im Hinblick auf die Prüfung:**

**Dauer der Erkrankung:** von: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_ bis: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin bzw. des Arztes **und** Praxisstempel

**Bearbeitungsvermerk:**

erfasst am: \_\_\_\_\_ SB-Kürzel: \_\_\_\_\_