Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit

RAK Hamm

Erläuterung für den behandelnden Arzt:
Wenn Auszubildende aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheinen oder sie abbrechen, haben sie gemäß der Prüfungsordnung der zuständigen Stelle die Erkrankung nachzuweisen. Zu diesem Zweck benötigen sie ein amts- oder personalärztliches Attest, das es der zuständigen Stelle erlaubt, aufgrund der Angaben die Rechtsfrage zu beantworten, ob Prüfungsfähigkeit vorliegt. Die Beantwortung der Rechtsfrage, ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung den Abbruch oder den Rücktritt von der Prüfung rechtfertigen kann, ist grundsätzlich nicht Aufgabe des Arztes; dies ist vielmehr letztlich und in eigener Verantwortung vom jeweiligen Prüfungsausschuss der zuständigen Stelle zu entscheiden. Da es für die Beurteilung nicht ausreicht, dass Sie dem Prüfling Prüfungsunfähigkeit attestieren, werden Sie um kurze Ausführungen zu den nachstehenden Punkten gebeten. Auszubildende sind aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offen zu legen und hierzu erforderlichenfalls den Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden. Dies bedeutet nicht, dass der Arzt die Diagnose als solche bekannt geben muss, sondern eben nur die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen. Dies steht im Einklang mit dem Datenschutz. Nach § 4 Abs. 2 des Bundesdatenschutzgesetzes dürfen personenbezogene Daten erhoben werden, wenn ihre Kenntnis für die Aufgabenerfüllung der erhebenden Stelle erforderlich ist. Eventuell anfallende Kosten für die amtsärztliche Untersuchung trägt der Prüfling.
Hinweis: Das Attest kann auch formlos erstellt werden.

1.) Angaben zum Prüfling (vom Prüfling auszufüllen)

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße + Hausnr: _____ PLZ und Ort: _____

Vertragsnummer: _____

Krankmeldung für folgenden Prüfungsteil: (bitte ankreuzen)

☐ schriftliche Prüfung ☐ mündliche Prüfung ☐ Ergänzungsprüfung

2.) Erklärung des behandelnden Arztes

Krankheitssymptome / Art der Leistungsminderung

_____

_____

Die Gesundheitsstörung ist (bitte ankreuzen):

☐ Dauerhaft, d.h. auf nicht absehbare Zeit ☐ vorübergehend

Dauer der Krankheit: von _____ bis _____

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor (Schwankungen in der Tagesform, Prüfungsangst, -stress u.ä. sind keine erheblichen Beeinträchtigungen).

_____

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift