



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

DEPARTMENT FÜR PHARMAZIE
PRÜFUNGS-AUSSCHUSS PHARMACEUTICAL SCIENCES



Attestvorlage für den Arzt/die Ärztin

(Hinweis: Der Vordruck muss nicht verwendet werden, ein formloses Attest muss aber die entsprechenden Angaben beinhalten.)

Zur Vorlage beim Prüfungsausschuss für den Studiengang Pharmaceutical Sciences an der Ludwig-Maximilians-Universität München

Erläuterung für die behandelnde Ärztin/den behandelten Arzt:

Wenn die oder der Studierende aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung antreten kann, hat sie/er dem zuständigen Prüfungsamt die Prüfungsunfähigkeit glaubhaft zu machen. Die ärztlichen Tatsachenfeststellungen sind Grundlage für die Beurteilung der Prüfungsbehörde, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt oder nicht.

Die Prüfungsunfähigkeit wird gemäß der Rechtsprechung nicht von der Ärztin/dem Arzt festgestellt. Die Prüfungsunfähigkeit ist ein Rechtsbegriff. Ihr Vorliegen ist eine Rechtsfrage, deren Klärung der Prüfungsbehörde obliegt.

Beschreiben Sie bitte die Symptome und die Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit so ausführlich, dass eine solche Beurteilung der Prüfungsbehörde ohne Rückfragen ermöglicht wird.

Studierende sind aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offen zu legen. Im Attest muss grundsätzlich keine Diagnose genannt werden, es sei denn, die Patientin/der Patient hat dem ausdrücklich zugestimmt. Es ist aber erforderlich, dass die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen oder psychischen Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit genau beschrieben werden.

Eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist daher nicht ausreichend.

Angaben zur untersuchten Person:

Name Vorname Geburtsdatum

Von dem Arzt/der Ärztin auszufüllen:

Bitte beschreiben Sie hier die Symptome und die Auswirkungen auf das Leistungsvermögen der untersuchten Person. Anmerkung: Schwankungen in der Tagesform, übliche Prüfungsangst, Prüfungsstress u.ä. stellen im rechtlichen Sinne keine erheblichen Beeinträchtigungen dar.

Festgestellt am Dauer der Erkrankung von bis
(voraussichtlich)

Ort Datum Praxisstempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin