

Formular zur Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit (Ärztliches Attest)

Zur Vorlage beim zuständigen Prüfungsausschuss am Fachbereich Wirtschaft der Hochschule Darmstadt.

- Abgabe des Attestes innerhalb von **3 Arbeitstagen** – ggf. Poststempel beachten, im zuständigen Sekretariat

Eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ("gelber Schein") ist nicht ausreichend! Bitte verwenden Sie dieses Formular. Andere Bescheinigungen vom Arzt müssen Matrikelnummer und Name der Prüfung, an der Sie nicht teilnehmen können, enthalten.

Von der/dem Studierenden auszufüllen

Name/Vorname _____ Geb.Datum: _____ Matrikel-Nr.: _____

Studiengang () Betriebswirtschaftslehre () Bachelor
 () Logistik-Management () Master
 () Public-Management

Aus gesundheitlichen Gründen kann bzw. konnte ich an folgenden Prüfungen nicht teilnehmen:

Name der Prüfung:	Prüfer:	Prüfungstag:
Name der Prüfung:	Prüfer:	Prüfungstag:
Name der Prüfung:	Prüfer:	Prüfungstag:
Name der Prüfung:	Prüfer:	Prüfungstag:
Name der Prüfung:	Prüfer:	Prüfungstag:
Erstellen von Prüfungs-, Seminar-, oder Abschlussarbeit/Thesis:	Von:	Bis:

Unterschrift der/des Studierenden

Von dem Arzt/der Ärztin auszufüllen

Meine heutige Untersuchung zur Beurteilung der Prüfungsunfähigkeit bei o.g. Person hat aus ärztlicher Sicht ergeben, dass diese Person prüfungsunfähig ist.

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor. Mir ist bekannt, dass Schwankungen der Tagesform, Prüfungsangst, Prüfungsstress u. ä. keine erhebliche Beeinträchtigung darstellen.

Dauer der Prüfungsunfähigkeit von (Datum/Uhrzeit):	Bis einschließlich (Datum):
---	--------------------------------------

Datum, Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes