UNIVERSITÄT LEIPZIG

Juristenfakultät, Prüfungsamt, Burgstraße 27, 04109 Leipzig

Juristenfakultät – Prüfungsamt

Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit

- Zur Vorlage beim Prüfungsausschuss bzw. Prüfungsamt -

Erläuterung für die Ärztin / den Arzt:

Wenn ein Studierender aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint, sie abbricht oder von ihr zurücktritt, hat er gemäß der Prüfungsordnung dem Prüfungsausschuss bzw. Prüfungsamt die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt er ein ärztliches Attest, das es dem Prüfungsausschuss bzw. Prüfungsamt erlaubt aufgrund Ihrer Angaben die Rechtsfrage zu beantworten, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Die Beantwortung der Rechtsfrage, ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung den Abbruch der Prüfung oder den Rücktritt von der Prüfung rechtfertigen kann, ist grundsätzlich nicht Aufgabe des Arztes; dies ist vielmehr letztlich und in eigener Verantwortung vom Prüfungsausschuss bzw. Prüfungsamt zu entscheiden. Da es für diese Beurteilung nicht ausreicht, dass Sie dem Prüfling Prüfungsunfähigkeit attestieren, werden Sie um kurze Ausführungen zu den nachstehenden Punkten gebeten. Studierende sind aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offenzulegen und hierzu erforderlichenfalls den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden. Dies bedeutet nicht, dass der Arzt die Diagnose als solche bekannt geben muss, sondern nur die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen. Dies steht im Einklang mit dem Datenschutzgesetz. Nach § 12 Abs.1 SächsDSG dürfen personenbezogene Daten erhoben werden, wenn ihre Kenntnis für die Aufgabenerfüllung der erhebenden Stelle erforderlich ist.

Hinweis: Das Attest kann auch formlos erstellt werden, soweit es die folgenden Punkte enthält.

1. Angaben zur untersuchten Person: (Von der / dem Studierenden auszufüllen)

.....

Name, Vorname Geburtsdatum Matrikelnummer

.....

Straße, Hausnummer PLZ, Ort

.....

Telefonnummer E-Mail-Adresse

Prüfungsunfähigkeit für: ☐ Schwerpunktklausur Termin:.....

☐ Wiss. Studienarbeit Bearbeitungsbeginn.....-ende: .....

☐ Verteidigung der Wiss. Studienarbeit Termin:.....

Prüfungsleistung wird erbracht am Lehrstuhl:.....

2. Ärztliche Erklärung: (Von der Ärztin / dem Arzt auszufüllen)

Untersuchungsdatum: .....

Dauer der Erkrankung: von.....bis.....

.....

Krankheitssymptome / Art der Leistungsminderung:.....

.....

.....

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor	☐ ja ☐ nein
Die Gesundheitsstörung ist	☐ dauerhaft / nicht absehbare Zeit ☐ vorübergehend

Zusätzliche Angabe bei Wiss. Studienarbeiten: Welche Verlängerung der Bearbeitungszeit wird angesichts des Grades der Leistungsminderung befürwortet? (**Zeitraum darf den o.a. Zeitraum nicht überschreiten!**)

.....

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift der Ärztin / des Arztes