



## Formular für den Nachweis der Prüfungsunfähigkeit

Zur Vorlage beim Prüfungsamt an der Fachhochschule für öffentliche Verwaltung Nordrhein-Westfalen, Haidekamp 73, 45886 Gelsenkirchen.

Bei Vorlage per E- Mail: [pruefungsunfaehigkeit@fhoev.nrw.de](mailto:pruefungsunfaehigkeit@fhoev.nrw.de)

Bei Vorlage per Fax: 0209 - 1659 2399

### Erläuterungen für die Ärztin / den Arzt:

Studierende, die aus gesundheitlichen Gründen erheblich in der Leistungsfähigkeit beeinträchtigt sind und deshalb eine Prüfung versäumen bzw. von einer Prüfung zurücktreten, haben dem Prüfungsausschuss der Fachhochschule für öffentliche Verwaltung Nordrhein-Westfalen die Prüfungsunfähigkeit **unverzüglich** glaubhaft zu machen. Die Entscheidung über die Prüfungsunfähigkeit ist eine **Rechtsfrage** und daher alleine vom Prüfungsausschuss zu treffen.

Zur Glaubhaftmachung der Prüfungsunfähigkeit wird ein ärztliches Attest benötigt, das Angaben zu den **Krankheitssymptomen und deren Auswirkungen auf das Leistungsvermögen** - möglichst in Bezug auf die konkrete Prüfungsform (Klausur, Fachgespräch, Hausarbeit etc.) - enthält. **Die bloße Feststellung einer Prüfungsunfähigkeit durch den Arzt ist nicht ausreichend und wird vom Prüfungsamt nicht anerkannt.**

Studenten sind aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht im Prüfungsverfahren grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsfähigkeit ihre Beschwerden offen zu legen und hierzu erforderlichenfalls den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden.

Schwankungen der Tagesform, Examensangst, Prüfungsstress o.ä. stellen in der Regel keine erheblichen Beeinträchtigungen dar.

*Hinweis:* Das Attest kann unter Berücksichtigung der nachfolgend aufgeführten notwendigen Angaben auch formlos erstellt werden.

### **Angaben zu der untersuchten Person:**

Nachname, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Studiengang \_\_\_\_\_

Modul, Datum und Art der Prüfung \_\_\_\_\_

### **Erklärung der Ärztin / des Arztes (nur von der Ärztin / vom Arzt auszufüllen)**

Meine am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr durchgeführte Untersuchung zur Frage einer krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit für die Prüfungsleistung in dem Modul \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ hat bei der/dem o.g. Patientin/Patienten aus ärztlicher Sicht folgendes ergeben:

-----  
-----



Nachname, Vorname des / der Studierenden: \_\_\_\_\_

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

Stempel und Unterschrift des Arztes:

-----