

An die
Medizinische Fakultät der
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Studiendekanat
Magdeburger Straße 8

06112 Halle

Eingang im Studiendekanat am:

Ärztliches Attest hier : Bescheinigung hinsichtlich der Prüfungsfähigkeit

1. Angaben zur untersuchten Person

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum:

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Anschrift: _____
PLZ, Wohnort, Straße, Nr.

2. Erklärung des Arztes

Meine heutige Untersuchung zur Frage der Prüfungsunfähigkeit zeigt aus ärztlicher Sicht folgende gesundheitliche Beeinträchtigung:

a) Krankheitssymptome: _____

Daraus ergeben sich für die Prüfung im Fach

als ☐ mündliche Prüfung ☐ schriftliche Prüfung

b) folgende Behinderungen bzw. Beeinträchtigungen:

Dauer der Erkrankung von:

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

bis:

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Hiermit bestätige ich auf Grund meiner Untersuchung:

Es liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor: ☐ ja ☐ nein

Bitte beachten Sie dabei, dass Schwankungen in der Tagesform, Examensangst, Prüfungsstress u.ä. keine erheblichen Beeinträchtigungen sind.

Die Gesundheitsstörung ist nicht dauerhaft, sondern nur vorübergehend: ☐ ja ☐ nein

Ort/Datum

Unterschrift des Arztes

(Praxisstempel)