Anlage 3: ÄRZTLICHES ATTEST

Ärztliches Attest (zur Beurteilung eines Versäumnisses der Prüfung im Krankheitsfall durch den Prüfungsausschuss)
zur Vorlage innerhalb von drei Werktagen (Werktage = Montag bis Samstag) beim Studienbüro VMF der Veterinärmedizinischen Fakultät der Universität Leipzig

Erläuterung für den Arzt:
Wenn Studierende der Veterinärmedizin aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheinen haben sie *gemäß § 6 S. 1 der Prüfungsordnung für den Studiengang Veterinärmedizin an der Universität Leipzig vom 22. September 2017 (Amtliche Bekanntmachungen der Universität Leipzig Nr. 26, S. 1 bis 25) in der Fassung der Ersten Änderungssatzung vom 16. Dezember 2019 (Amtliche Bekanntmachungen der Universität Leipzig Nr. 41, S. 40 bis 56) dem zuständigen* Prüfungsausschuss die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigen sie ein ärztliches Attest, das es dem Prüfungsausschuss erlaubt, aufgrund Ihrer Angaben als medizinischer Sachverständiger die Rechtsfrage zu beantworten, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt oder nicht. Da es für diese Beurteilung durch den Prüfungsausschuss nicht ausreicht, dass Sie dem Prüfling Prüfungsunfähigkeit bescheinigen, werden Sie um kurze Ausführungen zu nachstehenden Punkten gebeten. Studierende sind aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit die nachfolgenden Informationen beizubringen und hierzu **erforderlichenfalls den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden**. Dies steht im Einklang mit dem Datenschutz.

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

_____
Name, Vorname Geburtsdatum

_____
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

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

Untersuchungsdatum: _____

Dauer der Erkrankung: von _____ bis _____

Aus ärztlicher Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor: **ja** ☐ **nein** ☐
Die Krankheitssymptome stehen im Zusammenhang mit Examensangst / Prüfungsstress: **ja** ☐ **nein** ☐
Die Gesundheitsstörung ist **dauerhaft** ☐ **vorübergehend** ☐

_____ (Praxis- / Kassenstempel) _____
Datum Unterschrift

3. Angaben durch den Prüfling:
Prüfung bzw. Prüfungsfach: Prüfungsdatum: