

An den  
Leiter des Prüfungsamtes  
der HöV/ZVS Rheinland-Pfalz  
St. Veit.-Str. 26-28  
56727 Mayen

## Formular für den Krankheitsnachweis (Ärztliches Zeugnis)

### Erläuterung:

Wenn ein Prüfling aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint, sie abbricht oder nach Beendigung von ihr zurücktritt, muss die Erkrankung glaubhaft gemacht werden. Zu diesem Zweck benötigt er ein ärztliches Attest, das es erlaubt, aufgrund der Angaben eines medizinischen Sachverständigen 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, hat durch die Prüfungsbehörde zu erfolgen. Da es für diese Beurteilung nicht ausreicht und nicht zulässig ist, dass dem Kandidaten „Prüfungsunfähigkeit“ attestiert wird, sind Ausführungen zu den nachstehenden Punkten erforderlich. Prüflinge sind auf Grund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offen zu legen und hierzu erforderlichenfalls den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden. Dies bedeutet nicht, dass der Arzt die Diagnose bekannt geben muss, sondern die durch die Krankheit hervorgerufenen physischen bzw. psychischen Auswirkungen, sofern deren Bekanntgabe einer erfolgreichen Behandlung nicht abträglich ist. Auf §§ 278, 279 StGB (Ausstellen, Gebrauch unrichtiger Gesundheitszeugnisse) wird hingewiesen.

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

### 1. Vom Prüfling auszufüllen:

Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße, Hausnummer	Postleitzahl / Wohnort:	Datum der versäumten Prüfung:

### 2. Erklärung des Arztes:

Meine Untersuchung zur Frage der Prüfungsunfähigkeit hat aus ärztlicher Sicht Folgendes ergeben:

Bezeichnung der Krankheit (optional):		
Krankheitssymptome / Art der Leistungsminderung:		
Untersuchungsdatum:	Ort der Untersuchung (bitte ankreuzen): <input type="checkbox"/> Hausbesuch <input type="checkbox"/> Praxis	
Die Gesundheitsstörung ist (bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> dauerhaft (d. h. auf nicht absehbare Zeit) <input type="checkbox"/> vorübergehend		
Dauer der Krankheit (voraussichtlich)	von:	bis einschl.:

**Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor.**  
(Anmerkung des Prüfungsamtes: Schwankungen in der Tagesform, Examensangst, Prüfungsstress u. ä. sind keine rechtlich erheblichen Beeinträchtigungen.)

**Datum, Praxisstempel und Unterschrift des Arztes**