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**

_____ _____ (Praxisstempel)

Ort/Datum Unterschrift des Arztes