

# Attest/Formular für den Krankheitsnachweis

## HAWK HHG Fakultät Gestaltung

Das Attest kann auch formlos erstellt werden, sofern es inhaltlich diesem Formular gleich steht.  
Bitte beachten Sie die Informationen zu Fristen und zur Zuständigkeit in den beigefügten Hinweisen.

Name, Vorname

Matrikelnummer

Anschrift: Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Studiengang

Von meiner Erkrankung betroffene Prüfungen:

Datum der Prüfung/Ende der Abgabefrist	Art der Prüfung Abschlussprüfung BA/MA	Handelt es sich um eine <u>wiederholte</u> Prüfungsunfähigkeit* ?
		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

\* Es handelt sich um eine wiederholte Prüfungsunfähigkeit, wenn Sie von dieser Prüfung bereits wegen Prüfungsunfähigkeit zurückgetreten sind oder für diese Arbeit bereits eine Fristverlängerung wegen Prüfungsunfähigkeit erhalten haben.

### 1. Bei erstmaliger Prüfungsunfähigkeit: Erklärung durch Ärztin/Arzt/psycholog. Psychotherapeutin/en

Hiermit stelle ich fest, dass die o. g. genannte Patientin/der o. g. genannte Patient für die o. g. Prüfung/en nicht prüfungsfähig ist.

Die Krankheit besteht  dauerhaft/auf nicht absehbare Zeit  vorübergehend von: \_\_\_\_\_ bis (voraussichtlich) einschl.: \_\_\_\_\_  
(Datum) (Datum)

Datum

Uhrzeit

Praxisstempel und Unterschrift

### 2. Bei wiederholter Prüfungsunfähigkeit: Erklärung durch Ärztin/Arzt/psycholog. Psychotherapeutin/en

Meine heutige Untersuchung zur Frage der Prüfungsfähigkeit bei der o. g. Patientin/dem o. g. Patienten hat Folgendes ergeben (Krankheitssymptome/Art der Leistungsminderung, ohne Nennung einer Diagnose):

(Wichtig: Schwankungen in der Tagesform, Examensangst, Prüfungsstress und ähnliche Erscheinungen sind keine erheblichen Beeinträchtigungen!)

Die Krankheit besteht:  dauerhaft/auf nicht absehbare Zeit  vorübergehend von: \_\_\_\_\_ bis (voraussichtlich) einschl.: \_\_\_\_\_  
(Datum) (Datum)

Datum

Uhrzeit

Praxisstempel und Unterschrift

Angabe zusätzlich zu 1. oder 2. bei Anfertigung einer Bachelor-, Master**thesis**: Aus ärztlicher bzw. psychotherapeutischer

Sicht kann die Patientin/der Patient mit der o. g. schriftlichen Prüfungsleistung

trotz Erkrankung fortfahren  wegen Erkrankung erst ab dem \_\_\_\_\_ fortfahren  nicht fortfahren, solange die Erkrankung besteht.  
(bitte konkretes Datum)

Datum

Uhrzeit

Praxisstempel und Unterschrift

Hinweis: Bei wiederholter Prüfungsunfähigkeit kann die Vorlage eines amtsärztlichen Attests verlangt werden.