

# Formular – Ärztliches Attest zum Antrag auf Verlängerung der Bearbeitungszeit aus wichtigem Grund gemäß § 12 StuPrO der jeweiligen Studienbereiche der DHBW



Von der Ärztin/dem Arzt auszufüllen

**Attestformular**  
- Das Attest kann auch in anderer Form erstellt werden, sofern es entsprechende Angaben beinhaltet -

## Zur Vorlage bei der Dualen Hochschule Baden-Württemberg – Studienakademie Mosbach im Prüfungsamt

Wenn ein Prüfling aus gesundheitlichen Gründen die vorgegebene Bearbeitungszeit einer ohne Aufsicht zu erstellenden Prüfungsleistung nicht einhalten kann und daher eine Verlängerung der Bearbeitungszeit beantragt, hat er nach der einschlägigen Studien- und Prüfungsordnung unverzüglich der Prüfungsbehörde den wichtigen Grund, der zur Verhinderung der fristgerechten Abgabe führt, durch die Vorlage eines ärztlichen Attests glaubhaft zu machen. Die Beantwortung der Frage, ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung die Verlängerung der Bearbeitungszeit rechtfertigt, ist eine Rechtsfrage und Sache der Prüfungsbehörde. Die Entscheidung erfolgt auf Grund Ihrer Angaben als medizinische/r Sachverständige/r.

Damit die Prüfungsbehörde in die Lage versetzt wird, eine solche Entscheidung zu treffen, ist es nicht ausreichend, dass das ärztliche Attest dem Prüfling lediglich eine Prüfungsunfähigkeit bescheinigt. Sie werden daher um kurze Ausführungen zu den nachstehenden Punkten gebeten. Studierende sind aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Symptome offen zu legen. Das Attest hat eine genaue Beschreibung der körperlichen und/oder psychischen Funktionsstörungen (Symptome) und die Auswirkungen dieser gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die konkrete Prüfungsleistung zu beinhalten. Die Diagnose als solche ist nicht bekanntzugeben. Sie kann angegeben werden, wenn sie als Ersatz für eine Befundsschilderung dient.

Die gesundheitliche Beeinträchtigung muss spätestens am Prüfungstag festgestellt werden, zu einem späteren Zeitpunkt ausgestellte Atteste können nicht anerkannt werden.

### I. Angaben zur untersuchten Person

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### II. Angaben zur krankhaften Beeinträchtigung – Beschreibung der Symptome:

*(Bitte beschreiben Sie die Symptome und deren Auswirkungen auf das Leistungsvermögen so ausführlich und in einer für Laien nachvollziehbaren Sprache, dass der Prüfungsbehörde eine Beurteilung ohne Rückfragen ermöglicht wird.)*

---

---

---

---

---

---

---

### III. Tag der Untersuchung

\_\_\_\_\_

### IV. Dauer der Prüfungsunfähigkeit

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift der Ärztin/des Arztes