

Ärztliche Bescheinigung zur Frage der Prüfungsunfähigkeit  
zur Vorlage beim Prüfungsausschuss

für Frau/Herrn .....geboren am .....

Prüfung am: .....Prüfungsfach: .....

---

**Erläuterung für die Ärztin / den Arzt:**

Wenn ein(e) Studierende(r) aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint oder sie abbricht, hat sie/er gemäß der Verordnung zur Approbation von Tierärztinnen und Tierärzten (TAppV) dem zuständigen Prüfungsausschuss eine erhebliche, krankheitsbedingte Beeinträchtigung ihrer/seiner Leistungsfähigkeit nachzuweisen. Aus diesem Grund benötigt sie/er eine detaillierte ärztliche Bescheinigung, die es dem Prüfungsausschuss erlaubt, aufgrund Ihrer Angaben als ärztliche(r) Sachverständige(r) die Rechtsfrage zu beantworten, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt.

---

Aufgrund meiner heutigen Untersuchung zur Frage der Prüfungsfähigkeit kann ich aus ärztlicher Sicht Folgendes festzustellen:

Diagnostische Verfahren: .....

.....  
.....

Befunde:.....

.....  
.....

Diagnose:.....

.....  
.....

Auswirkungen auf Leistungsfähigkeit/Symptome:.....

.....  
.....

Dauer der Krankheit vom .....bis einschl. ....

.....  
Datum

Praxisstempel

.....  
Unterschrift

**HINWEIS FÜR DEN PRÜFLING:**

**BITTE UNBEDINGT RÜCKSEITE BEACHTEN!**

## INFORMATION

Dieses Formular soll dazu beitragen, im Krankheitsfall den Nachweis zu erbringen, dass am Prüfungstag eine Prüfungsunfähigkeit im Rechtssinne vorgelegen hat. Nach ständiger Rechtsprechung hat nicht die Ärztin/der Arzt die Prüfungsunfähigkeit festzustellen, dies ist vielmehr Aufgabe des Prüfungsausschusses, der seiner Prüfung die ärztlich festgestellten Sachverhalte zugrunde legt. Das Formular verbessert und vereinfacht daher das Zusammenwirken von Prüfling, Ärztin/ Arzt und Prüfungsausschuss im Prüfungsverfahren. Deshalb sollte, wird dieses Formular nicht verwendet, jede anders erstellte ärztliche Bescheinigung die auf der Vorderseite vorgesehenen medizinischen Aussagen enthalten.

Ich bin darüber unterrichtet, dass gemäß § 12 Abs. 2 der Verordnung zur Approbation von Tierärztinnen und Tierärzten (TAppV) neben der unverzüglichen schriftlichen Mitteilung des Grundes der Versäumnis im Falle der Versäumnis eines Prüfungstermins wegen Krankheit zusätzlich eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen ist.

## ERKLÄRUNG

### über Einwilligung und Entbindung von der Schweigepflicht

Leider sind die ärztlichen Angaben oft unvollständig oder nicht lesbar. Sie reichen dann für den Nachweis eines „triftigen Grundes“ nicht aus oder sind nicht verwertbar. Das Vorliegen eines „triftigen Grundes“ im Sinne von § 12 Abs. 2 der Verordnung zur Approbation von Tierärztinnen und Tierärzten (TAppV) kann dann ggf. nicht festgestellt und die betreffende Prüfung muss für „nicht bestanden“ erklärt werden. Fehlende Angaben müssen ggf. direkt beim Prüfling mit der Bitte um eine weitere ärztliche Stellungnahme angefordert werden. Dies führt nicht selten zu einer erheblich verlängerten Ermittlungsdauer und kann zur Folge haben, dass das Prüfungsverfahren wegen der versäumten Prüfung nicht mehr in dieser Prüfungsphase abgeschlossen werden kann. Um dies zu vermeiden und eine kurzfristige Prüfung sicherzustellen, wird empfohlen, die nachstehende Einwilligung und Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht zu unterschreiben, mit der der Prüfungsausschuss fehlende Angaben direkt beim untersuchenden Arzt einholen kann.

Die nachfolgende Erklärung ist **freiwillig**. Sie kann jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Falls die Erklärung nicht unterschrieben wird, haben Sie die Möglichkeit, fehlende Informationen selbst bei dem Arzt/ der Ärztin einzuholen und nachzureichen.

Ich bin darüber informiert, dass der Prüfungsausschuss medizinische Angaben benötigt, die die rechtliche Prüfung ermöglichen, ob bei mir am Prüfungstag Prüfungsunfähigkeit im Rechtssinne vorgelegen hat. Bei diesen Angaben zum Gesundheitszustand handelt es sich um besondere personenbezogene Daten im Sinne des Bundesdatenschutzgesetz bzw. Berliner Datenschutzgesetz

In Kenntnis dessen willige ich ausdrücklich ein, dass die/der untersuchende bzw. behandelnde Ärztin/Arzt ggf. weitere für den Nachweis der Prüfungsunfähigkeit erforderliche medizinische Daten dem Prüfungsausschuss übermittelt. Die beteiligten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen entbinde ich insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Ich stimme der Verarbeitung der genannten medizinischen Daten durch den Prüfungsausschuss ausschließlich zum Zwecke der Prüfung und Feststellung der Prüfungsfähigkeit zu. Ich wurde informiert, dass die beteiligten Dienstkräfte des Prüfungsausschusses und seiner Geschäftsstelle (Landesamtes für Gesundheit und Soziales) dem Datengeheimnis nach verpflichtet sind.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift