

## Ärztliche Untersuchung zur möglichen Prüfungsunfähigkeit

Zur Vorlage beim Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe des Landes Sachsen-Anhalt

Name, Vorname (lt. Identitätsnachweis)	
Geburtsdatum	
Wohnhaft in	

### Erläuterung für die Ärztin / den Arzt:

Wenn Studierende aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheinen oder diese abbrechen, haben sie gemäß der Approbationsordnung für Zahnärzte dem Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe LSA eine erhebliche, krankheitsbedingte Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit nachzuweisen. Aus diesem Grund benötigt Studierende eine detaillierte ärztliche Bescheinigung, die es dem Landesprüfungsamt erlaubt, aufgrund Ihrer Angaben als ärztliche Sachverständige die Rechtsfrage zu beantworten, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt.

Die ärztliche Untersuchung am \_\_\_\_\_ hat bei der o. g. Person aus meiner Sicht Folgendes ergeben:

Diagnostische Verfahren:

Befunde:

Diagnose:

Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit und Symptome:

Dauer der Krankheit vom \_\_\_\_\_ bis einschließlich \_\_\_\_\_

Ort	Datum
..... (Unterschriften und Praxisstempel)	

## 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 Landesprüfungsamtes, das seiner Prüfung die ärztlich festgestellten Sachverhalte zugrunde legt. Das Formular verbessert und vereinfacht daher das Zusammenwirken von Prüfling, Ärztin/ Arzt und Landesprüfungsamt im Prüfungsverfahren. Deshalb sollte, wird dieses Formular nicht verwendet, jede anders erstellte ärztliche Bescheinigung die auf der Vorderseite vorgesehenen medizinischen Aussagen enthalten.

## 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 § 26 Abs. 2 der Approbationsordnung für Zahnärzte (ZApprO) kann dann ggf. nicht festgestellt und die betreffende Prüfung muss für „nicht bestanden“ erklärt bzw. fehlende Angaben müssen ggf. direkt beim Prüfling mit der Bitte um eine weitere ärztliche Stellungnahme angefordert werden. Um dies zu vermeiden, wird empfohlen, die nachstehende Einwilligung und Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht zu unterschreiben, mit der das Prüfungsamt fehlende Angaben direkt bei der/dem untersuchenden Ärztin/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 das Landesprüfungsamt 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 Bundesdatenschutzgesetzes 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 Landesprüfungsamt übermittelt. Die beteiligten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen entbinde ich insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Ich stimme der Verarbeitung der genannten medizinischen Daten durch das Landesprüfungsamt ausschließlich zum Zwecke der Prüfung und Feststellung der Prüfungsfähigkeit zu. Ich wurde informiert, dass die beteiligten Dienstkräfte des Landesverwaltungsamts des Landes Sachsen-Anhalt - Landesprüfungsamt - dem Datengeheimnis nach verpflichtet sind.

### Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich den untersuchenden Arzt/die untersuchende Ärztin von der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift