

An das
Landesverwaltungsamt
Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe
Ernst-Kamieth-Str. 2
06112 Halle (Saale)

Poststempel oder
Eingang im LPA 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

Ort/Datum

Unterschrift des Arztes

(Praxisstempel)