

**Otto-von-Guericke-Universität
Magdeburg
Fakultät für Informatik
-Prüfungs- und Praktikantenamt-
Postfach 4120**

39016 Magdeburg

Ärztliches Attest

1) Untersuchte Person:

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse: _____

PLZ-Wohnort: _____

2) Erklärung des Arztes:

Meine heutige Untersuchung zur Frage der Prüfungsunfähigkeit hat aus ärztlicher Sicht folgendes ergeben.

Bezeichnung der Krankheit (optional): _____

Krankheitssymptome: _____

Dauer der Krankheit von _____ bis _____

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor (Schwankungen in der Tagesform, Examensangst, Prüfungsstress u. ä. sind keine erheblichen Beeinträchtigungen). Die Gesundheitsstörung ist nicht dauerhaft, sondern nur vorübergehend.

Datum, Unterschrift: _____

Praxisstempel: