



HU Berlin Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät | Prüfungsausschuss | Unter den Linden 6 | D-10099 Berlin

Humboldt-Universität zu Berlin  
Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät  
Prüfungsbüro  
Sitz: Spandauer Str. 1  
10099 Berlin

**Angaben zur untersuchten Person**  
(vom Studierenden auszufüllen)

**Vor- und Zuname** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_  
**Matrikel-Nr.** \_\_\_\_\_  
**HU-E-Mail-Adresse:** \_\_\_\_\_

Verhinderungsgrund wird für folgende Prüfungen (Prüfungsnummer bzw. Prüfungsbezeichnung und Prüfungsdatum) geltend gemacht:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bescheinigung zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit**

zur Vorlage beim Prüfungsbüro/ Prüfungsausschuss

**Erklärung der Ärztin/des Arztes:**

Meine heutige Untersuchung zur Frage der Prüfungsunfähigkeit bei der/dem o.g. Patientin/Patienten hat aus ärztlicher Sicht folgendes ergeben:

Dauer der Beeinträchtigung: vom: \_\_\_\_\_ bis einschließlich: \_\_\_\_\_

**Beschreibung der gesundheitlichen Beeinträchtigung/Symptome** (z.B. Hinweis auf bestimmte Schmerzen, fiebrige Infektionen) und **Angabe der sich daraus ergebenden Behinderung für die Prüfung** (z.B. Störung der Konzentrationsfähigkeit od. Schreibfähigkeit):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bitte Zutreffendes ankreuzen und Unzutreffendes streichen:**

Examensangst/Prüfungsangst ist ursächlich für die o.g.  ja  nein  
Prüfungsbeeinträchtigung/Leistungsminderung

Dauer der Gesundheitsstörung:

- Die Gesundheitsstörung ist vorübergehend.
- Die Gesundheitsstörung ist dauerhaft.
- Die Dauer der Gesundheitsstörung ist nicht absehbar.

Ort, **DATUM**, Praxisstempel

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

\_\_\_\_\_

