

**Formular für die Bescheinigung der  
Prüfungsunfähigkeit (amt-/personalärztliches Attest)**

**für die Fortbildungsberufe Verwaltungsfachwirt/in,  
Sozialversicherungsfachwirt/in, Krankenkassenfachwirt/in**

zur Vorlage beim Bundesamt für Soziale Sicherung als zuständige Stelle  
(Fax-Nr.: 0228/619-1877)

**Erläuterung für den Arzt:**

Wenn Prüflinge aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheinen oder sie abbrechen, haben sie gemäß der Prüfungsordnung der zuständigen Stelle die Erkrankung nachzuweisen. Zu diesem Zweck benötigen sie ein **amts- oder personalärztliches Attest**, das es der zuständigen Stelle erlaubt, aufgrund der Angaben die Rechtsfrage zu beantworten, ob Prüfungsfähigkeit vorliegt. Die Beantwortung der Rechtsfrage, ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung den Abbruch oder den Rücktritt von der Prüfung rechtfertigen kann, ist grundsätzlich nicht Aufgabe des Arztes; dies ist vielmehr letztlich und in eigener Verantwortung vom jeweiligen Prüfungsausschuss der zuständigen Stelle zu entscheiden. Da es für die Beurteilung nicht ausreicht, dass Sie dem Prüfling Prüfungsunfähigkeit attestieren, werden Sie um kurze Ausführungen zu den nachstehenden Punkten gebeten. Prüflinge sind aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offen zu legen und hierzu erforderlichenfalls den Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden. Dies bedeutet nicht, dass der Arzt die Diagnose als solche bekannt geben muss, sondern eben nur die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen. Dies steht im Einklang mit dem Datenschutz. Nach § 4 Abs. 2 des Bundesdatenschutzgesetzes dürfen personenbezogene Daten erhoben werden, wenn ihre Kenntnis für die Aufgabenerfüllung der erhebenden Stelle erforderlich ist. Eventuell anfallende **Kosten für die amtsärztliche Untersuchung trägt der Prüfling.**

Hinweis: Das Attest kann auch formlos erstellt werden, soweit es die folgenden Punkte enthält.

**1.) Name der untersuchten Person**

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ und Wohnort: \_\_\_\_\_

Fortbildungsberuf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

**Krankmeldung für folgenden Prüfungsteil: (bitte ankreuzen)**

schriftliche Prüfung  mündliche Prüfung / praktische Prüfung

**2.) Erklärung des Arztes:**

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

Art der Leistungsminderung im Hinblick auf den betreffenden Prüfungsteil (s.o.):

---

---

---

**Die Gesundheitsstörung ist (bitte ankreuzen):**

- Dauerhaft, d.h. auf nicht absehbare Zeit  vorübergehend  
 auf Prüfungsangst/Prüfungsstress zurückzuführen

Dauer der Krankheit: von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

**Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor (Schwankungen i.d. Tagesform, Prüfungsangst, -stress u.ä. sind keine erheblichen Beeinträchtigungen).**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Stempel und Unterschrift