

Antrag für ein amtsärztliches Attest

a) zwecks Feststellung der **Prüfungsfähigkeit**

☐ Ja

☐ Nein

Oder

b) zwecks Gewährung von **Prüfungserleichterungen (Nachteilsausgleich)** gem. § 3 Nds.
Hochschulgesetz

☐ Ja

☐ Nein

Name und Anschrift des Prüfungsamtes:

.....
.....
.....
.....

Name/ Vorname:

Geb.-Dat.:

Anschrift:

Telefon-Nummer:

Prüfung am: ☐ mündlich ☐ schriftlich

Prüfung angetreten: ☐ ja ☐ nein

Prüfung vorzeitig verlassen um:Uhr

Hausarbeit / Diplomarbeit etc.:Abgabetermin:

Beschwerden (Art der Beschwerden, seit wann aufgetreten, aktuelle Beschwerden):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ärztliche Behandlung ist bereits eingeleitet:

☐ ja

☐ nein

Ärztliches Attest vom liegt vor.

Hiermit entbinde ich die mit der Untersuchung und Begutachtung beauftragten Ärzte / Ärztinnen des Gesundheitsamtes Göttingen gegenüber dem für mich zuständigen Prüfungsamt von der ärztlichen Schweigepflicht.

Göttingen, den

Unterschrift