



Amtsärztliches Attest zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit

„Anästhesietechnische/-r Assistent/-in“

Die Ausbildung „Anästhesietechnische/-r Assistent/-in“ schließt mit einer staatlichen Prüfung ab. Treten Auszubildende von Teilen der Prüfung zurück, stellt der/die Vorsitzende des Prüfungsausschusses fest, ob hierfür ein wichtiger Grund vorliegt. Gemäß § 22 Abs. 3 S. 2 ATA-OTA-APrV ist im Krankheitsfall die Vorlage eines amtsärztlichen Attests zu verlangen.

Hinweise für den Amtsarzt/die Amtsärztin:

Dieses Attest dient als Nachweis des Prüflings für die vorgetragene gesundheitliche Beeinträchtigung. Es muss daher **detaillierte** und **nachvollziehbare** Aussagen über die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen (medizinische Befundtatsachen) enthalten, die für die Beurteilung der Prüfungsunfähigkeit erheblich sind.

Durch die Angaben im Attest muss das Thüringer Landesverwaltungsamt in die Lage versetzt werden, zu entscheiden, ob eine Prüfungsunfähigkeit vorliegt. **Daher reicht es für die Beurteilung nicht aus, wenn Sie dem Prüfling lediglich eine Prüfungsunfähigkeit attestieren oder nur eine Arbeitsunfähigkeit ausstellen.** Die Frage der Prüfungsunfähigkeit ist eine Rechtsfrage und obliegt allein der Beurteilung durch das Landesverwaltungsamt. Bitte füllen Sie daher alle Felder vollständig aus. Weitere Angaben können, sofern der Platz nicht ausreichend ist, auch auf einem gesonderten Blatt/Attest nach Maßgabe des Formulars getätigt werden.

Angaben zur untersuchten Person

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Dieses Attest wird ausgestellt für die **von der gesundheitlichen
Beeinträchtigung betroffenen Prüfungsteile:**

schriftlicher Teil

Aufsichtsarbeit I am: _____

Aufsichtsarbeit II am: _____

Aufsichtsarbeit III am: _____

mündlicher Teil am: _____

praktischer Teil am: _____

Ärztliche Erklärung zu Krankheitssymptomen/Befundtatsachen

Die o. g. Person wurde von mir eingehend ärztlich untersucht und begutachtet.
Bei der Beurteilung wurde insbesondere berücksichtigt:

eigene Angaben zur Krankheitsvorgeschichte und zum jetzigen Befinden

(die zu untersuchende Person wurde aufgefordert, alle früheren und zum jetzigen Zeitpunkt vorliegenden Erkrankungen und ärztlichen Behandlungen anzugeben, die für die Beurteilung von Bedeutung sind)

hier erhobene und dokumentierte klinische Untersuchungsbefunde

Befunde, Berichte, Bescheinigungen, Atteste von behandelnden Ärzten

Ärztliche Stellungnahme zur Prüfungsunfähigkeit

Bei der o. g. Person hat die ärztliche Untersuchung ergeben, dass seit _____
folgende Gesundheitsstörung (Krankheitssymptome/Art der Leistungsminderung) vorliegt:

Art, Schwere und Dauer der Gesundheitsstörung/Beeinträchtigung

Es handelt sich dabei um:

eine vorübergehend akute Erkrankung/Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes

eine dauerhafte oder auf unbestimmte Zeit bestehende Erkrankung/ Leistungseinschränkung (Dauerleiden; chronische Erkrankungen)

einen funktionell beeinträchtigenden Zustand (nach Unfall/Verletzung, Behinderung etc.)

Vermutliche Dauer der Erkrankung/Auswirkung des Zustandes auf die Prüfungsunfähigkeit:

_____ Tage _____ Wochen _____ Monate

nicht absehbare Zeit

Auswirkungen der Gesundheitsstörung/Beeinträchtigung | Prüfungszusammenhang

Durch die vorbezeichnete Gesundheitsstörung wird die Erbringung der Prüfungsleistung wie folgt beeinträchtigt:

in der psycho-intellektuellen Vorbereitung und Ausarbeitung

in der Erstellung schriftlicher Ausfertigungen

in der mündlichen/kommunikativen Präsentation

erschwert die Teilnahme am Prüfungsverfahren als solches (Wegefähigkeit, kontinuierliche Präsenz etc.)

Es handelt sich dabei um:

ein zufälliges, ursächlich **nicht** mit dem Prüfungsverfahren zusammenhängendes
unabhängiges Geschehen

Ein durch die Prüfungssituation ausgelöstes bzw. wesentlich geprägtes Geschehen
(allgemeine Prüfungs-/Examensangst, Prüfungsstress, Schwankungen in der Tagesform etc. berechtigen
nicht zum Rücktritt)

Die Krankheitssymptome waren für die o. g. Person:

erkennbar seit _____

nicht erkennbar

Ort, Datum

Stempel Amtsarzt/Amtsärztin

Unterschrift Amtsarzt/Amtsärztin