

Formular zur Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit (Ärztliche Bescheinigung nach § 10 Abs. 1 Satz 3 Fahrlehrer-Prüfungsverordnung)

Vorab per E-Mail an: fahrlehrerpruefung@rpda.hessen.de
Original ist postalisch nachzureichen an:

Regierungspräsidium Darmstadt
Prüfungsausschuss für Fahrlehrer z. Hd. der/des Vorsitzenden
Wilhelminenstr. 1-3
64283 Darmstadt

Angaben zur Person:

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon/Handy: _____

E-Mail: _____

Hinweise für die Ärztin / den Arzt zur Bedeutung und zum Ausfüllen dieser Bescheinigung:

Wenn ein Prüfling aus gesundheitlichen Gründen nicht zur Fahrlehrerprüfung erscheint, hat sie / er dem zuständigen Prüfungsausschuss für Fahrlehrer die Prüfungsunfähigkeit glaubhaft zu machen, § 10 Fahrl-PrüfVO. Ihre ärztlichen Tatsachenfeststellungen sind Grundlage für die Beurteilung des Prüfungsausschusses, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt oder nicht. Beschreiben Sie bitte die Symptome und deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit so ausführlich, dass eine solche Beurteilung dem/ der Vorsitzenden des Prüfungsausschusses für Fahrlehrer ohne Rückfragen ermöglicht wird. Eine schlicht attestierte „Prüfungsunfähigkeit“ ist nicht ausreichend. Prüflinge sind aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offen zu legen und hierzu erforderlichenfalls den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden. Dies bedeutet nicht, dass Sie die gesamte Diagnose als solche bekannt geben müssen, sondern nur die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen (Beschreibung der gesundheitlichen Beeinträchtigung und der sich daraus ergebenden Behinderung in der Prüfung). Bitte beachten Sie, dass die Erkrankung während des **untenstehend vom Prüfling anzugebenden** Prüfungstermins/der Prüfungstermine andauern muss.

Erklärung der Ärztin / des Arztes

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

Krankheitssymptome und Art der Leistungsminderung (z.B. Störung der Konzentrationsfähigkeit oder Schreibfähigkeit):

Dauer der Krankheit (voraussichtlich): von: _____ bis: _____

Aus meiner Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor

ja

nein

Zusätzliche Mitteilungen:

Datum, Praxisstempel und Unterschrift