



Formular für den Nachweis der Prüfungsunfähigkeit

Zur Vorlage bei der/dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses der Bezirksregierung Arnsberg per
E-Mail an: ruecktritt@bra.nrw.de

gem. §20 PflAPrV bzw. §29 PflfachassAPrV bzw. §22 ATA/OTA APrV

Hinweis: Gemäß der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (§ 20 PflAPrV) bzw. der Pflegefachassistenz (§29 PflfachassAPrV) bzw. der ATA/OTA Ausbildung (§22 ATA/OTA APrV) liegt es in Ihrer Verantwortung als Prüfling, den wichtigen Grund für Ihren beantragten Rücktritt gegenüber dem/der Prüfungsausschussvorsitzenden der Bezirksregierung Arnsberg unverzüglich mitzuteilen und glaubhaft zu machen. Hierfür ist es im Falle einer Erkrankung am Prüfungstag erforderlich, dass Sie dieses Formular zum Nachweis der Prüfungsunfähigkeit unverzüglich von Ihrem behandelnden Arzt (sofern Sie sich in der Ausbildung zur Pflegefachkraft bzw. Pflegefachassistenz befinden) bzw. von einem Amtsarzt (sofern Sie sich in der ATA/OTA Ausbildung befinden- vgl. §22 Abs. 3, S.2 ATA/OTA APrV) ausfüllen lassen und das ausgefüllte Formular unverzüglich an ruecktritt@bra.nrw.de senden.

Unverzüglich bedeutet nach der oberverwaltungsgerichtlichen Rechtsprechung „ohne schuldhaftes Zögern“ d.h. in der Regel am Tag der Erkenntnis des Rücktrittsgrundes. Die Glaubhaftmachung des wichtigen Grundes für den beantragten Prüfungsrücktritt muss vorliegend spätestens drei Tage nach der jeweiligen Prüfung bei dem/der Prüfungsausschussvorsitzenden der BRA erfolgt sein, um noch als unverzüglich anerkannt werden zu können.

Ein Prüfungsrücktritt kann nur gegenüber der/dem Prüfungsausschussvorsitzenden der Bezirksregierung Arnsberg als zuständiger Stelle wirksam erklärt werden (nicht gegenüber Ihrer Ausbildungsschule und auch nicht gegenüber Ihrem Träger der praktischen Ausbildung). Diese sind lediglich aus organisatorischen Gründen von Ihnen darüber zu informieren, dass Sie bei der/dem Prüfungsausschussvorsitzenden der Bezirksregierung einen Prüfungsrücktritt für die jeweilige Prüfung beantragt haben.

Sollten Sie den wichtigen Grund für Ihren Rücktritt nicht unverzüglich glaubhaft machen können, kann Ihr Rücktritts Antrag nicht genehmigt werden, mit der Folge, dass die Prüfung bzw. der betreffende Teil der Prüfung als nicht bestanden gilt und der Prüfungsversuch verbraucht ist.



Erläuterung für die Ärztin/den Arzt:

Prüflinge, die aus gesundheitlichen Gründen erheblich in der Leistungsfähigkeit beeinträchtigt sind und deshalb eine Prüfung versäumen bzw. von einer Prüfung zurücktreten, haben der/dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses der Bezirksregierung Arnsberg die Prüfungsunfähigkeit unverzüglich glaubhaft zu machen. Die Entscheidung über die Prüfungsunfähigkeit ist eine Rechtsfrage, die allein von der Prüfungsbehörde, konkret von der/dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses der Bezirksregierung Arnsberg zu beantworten ist und nicht von dem behandelnden Arzt (OVG NRW Urteil vom 29.01.2020-19 A 3028/15).

Zur Glaubhaftmachung der Prüfungsunfähigkeit wird ein ärztliches Attest benötigt, das Angaben zu den Krankheitssymptomen und deren Auswirkungen auf das Leistungsvermögen – möglichst in Bezug auf die konkrete Prüfungsform (mündlich, schriftlich, praktisch) – enthält. Die bloße Feststellung einer Prüfungsunfähigkeit durch den Arzt ist nicht ausreichend und wird von der/dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses der Bezirksregierung nicht anerkannt. Aus den Erläuterungen des Arztes müssen die Leistungseinschränkungen des Prüflings in Bezug auf die konkrete Prüfung hervorgehen.

Prüflinge sind aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht im Prüfungsverfahren verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offen zu legen und hierzu erforderlichenfalls den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden. Tun Prüflinge dies nicht, geht dies zu ihren Lasten.

Schwankungen der Tagesform, Prüfungsangst, Prüfungsstress o.Ä. stellen in der Regel keine erheblichen Beeinträchtigungen dar.

Hinweis: Das Attest kann unter Berücksichtigung der nachfolgend aufgeführten notwendigen Angaben auch formlos erstellt werden.

Angaben zu der untersuchten Person:

Nachname, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Kursbeginn

Name der Pflegeschule / ATA-OTA Schule



Art der Ausbildung

Pflegefachkraft nach § 20 PflAPrV ATA/OTA-Ausbildung nach §22 ATA/OTA APrV

Pflegefachassistenz nach §29 PflfachassAPrV

Art der Prüfung

Mündlich

schriftlich

praktisch

Datum _____

Erklärung der Ärztin/ des Arztes

Meine am _____ um _____ Uhr durchgeführte Untersuchung zur Frage einer krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit bei der/dem o.g. Patientin/ Patienten hat aus ärztlicher Sicht folgendes ergeben:

Name des behandelnden Arztes (in Druckbuchstaben)

Stempel und Unterschrift des Arztes:
