

Referat 22

## Antrag auf Genehmigung

des Rücktritts/Versäumnisses  
von der Prüfung in einem  
Gesundheitsfachberuf

### 1. Antragsteller \*

Name, Vorname

Straße / Hausnummer

PLZ            Ort

Geschäftszeichen

### 2. Ausbildung \*

Ausbildungseinrichtung

Bezeichnung

Straße / Hausnummer

PLZ            Ort

Landkreis/kreisfreie Stadt (Schulort)

Ausbildungsberuf

Bezeichnung

### 3. Prüfung \*

Prüfungstag/Prüfungstage

Prüfungsteile

Prüfungsfächer

bzw. ausfüllen!

Alle Felder mit einem \* sind unbedingt auszufüllen. Zutreffendes bitte ankreuzen

#### 4. Begründung des Antragstellers

Detaillierte Begründung (auch ohne Vorliegen eines ärztlichen Attests)

Bei Krankheit legen Sie bitte ein ärztliches Attest mit **Befunden sowie Art, Umfang und voraussichtlicher Dauer** der daraus resultierenden Belastbarkeitseinschränkungen vor.

Verwenden Sie hierzu bitte das Formular "[Ärztliches Attest](#)".

(Dies finden Sie unter [www.lds.sachsen.de](http://www.lds.sachsen.de) [Service- Formulare/Merkblätter])

Die Feststellung der **Prüfungsunfähigkeit** obliegt nicht dem untersuchenden Arzt, sondern der Prüfungsbehörde. Dies liegt darin begründet, dass es sich nicht allein um die Feststellung eines körperlichen Zustandes im Sinne des Arbeitsrechts handelt (Arbeitsunfähigkeit), sondern um eine Feststellung im Prüfungsverfahren, bei der weitere Kriterien wie der Gleichbehandlungsgrundsatz zu berücksichtigen sind, da in Prüfungen Lebenschancen vergeben werden.

Datum:

Ort:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift