

---

Name, Vorname der Examenskandidatin/des Examenskandidaten

---

Anschrift

## **Amtsärztliches Attest**

zur Vorlage bei der Prüfungsstelle für das Steuerberaterexamen bei der Steuerberaterkammer Mecklenburg-Vorpommern

Prüfungstermin(e) \_\_\_\_\_

### **Erläuterungen für die Amtsärztin/den Amtsarzt:**

Wenn ein/e Examenskandidat/in aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheint, sie abbricht oder nach Beendigung von ihr zurücktritt, hat er/sie der Prüfungsstelle die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt er/sie ein amtsärztliches Attest, das es der Prüfungsstelle erlaubt, aufgrund Ihrer Angaben als medizinische/r Sachverständige/r die Rechtsfrage zu beantworten, ob die Prüfungsunfähigkeit vorliegt.

Da es für diese Beurteilung nicht ausreicht, dass Sie dem Kandidaten Prüfungsunfähigkeit attestieren, werden Sie um kurze Ausführungen zu den nachstehenden Punkten gebeten.

#### **Hinweis:**

**Das Attest kann auch formlos erstellt werden, soweit es die nachfolgenden Angaben enthält.**

Darstellung der krankheitsbedingten Beeinträchtigung/Benennung der Krankheitssymptome:

Zeitpunkt der Untersuchung/Befunderhebung:

Patient/in erkrankt am:

Voraussichtliche Dauer der Erkrankung bis einschließlich:

#### **nur ausfüllen bei**

Abbruch der Prüfung bzw. Rücktritt nach Beendigung der Prüfung:

- Zeitpunkt der Erkrankung (vor/während der Prüfung)
- Zeitpunkt der Erkennbarkeit der Erkrankung für den Prüfling (vor/während/nach der Prüfung)

---

Ort und Datum/Unterschrift und Stempel der Amtsärztin/des Amtsarztes