

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

Vorab per E-Mail an: [fahrlehrerpruefung@rpda.hessen.de](mailto:fahrlehrerpruefung@rpda.hessen.de)  
Original ist postalisch nachzureichen an:

Regierungspräsidium Darmstadt  
Prüfungsausschuss für Fahrlehrer z. Hd. des Vorsitzes  
Wilhelminenstr. 1-3  
64283 Darmstadt

### Angaben zur Person:

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon/Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Prüfungsteil/-termin: \_\_\_\_\_

### 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 FahrPrüfV. 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. Die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen (Beschreibung der gesundheitlichen Beeinträchtigung und der sich daraus ergebenden Behinderung in der Prüfung) müssen angegeben werden. Bitte beachten Sie, dass die Erkrankung während des **obenstehenden vom Prüfling anzugebenden** Prüfungstermins/der Prüfungstermine andauern muss.

## **Erklärung der Ärztin / des Arztes**

Beschreiben Sie bitte die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und welche Auswirkungen sich daraus für das Leistungsvermögen in der konkreten Prüfung ergeben so ausführlich, dass der Vorsitz des Prüfungsausschusses für Fahrlehrer in die Lage versetzt wird, selbständig und ohne Rückfragen über die Prüfungsunfähigkeit zu befinden.

- Hinreichend genaue Beschreibung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen

- Angabe der sich draus ergebenden Auswirkungen auf die Prüfung

Dauer der Krankheit (voraussichtlich): von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

**Zusätzliche Mitteilungen:**

---

Datum, Praxisstempel und Unterschrift