



Ärztliche Bescheinigung für die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit während des Praxissemesters im Studium Lehramt

zur Vorlage im **Zentrum für Lehrerbildung und Bildungsforschung /an der Praxissemesterschule**

Hinweise:

1. Dieses Formular ist ein **Vorschlag** der Universität Jena. Die Verwendung dieses Formulars ist **freiwillig**. Zum Zweck der Feststellung einer *Arbeitsunfähigkeit im Praxissemester* gemäß § 7 Abs. 2 Praxissemesterordnung (PSO) ist zur Nachweisführung die Vorlage einer „**ärztlichen Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit im Praktikum**“ ab dem 4. Kalendertag nach Erkrankung notwendig. Welche formalen Anforderungen diese ärztliche Bescheinigung erfüllen muss, ist nicht vorgeschrieben. Die Bescheinigung kann auch auf einem anderen Formblatt oder frei formuliert erfolgen.
2. Online-Atteste werden nicht anerkannt.
3. Wir weisen Sie darauf hin, dass ärztliche Atteste in der Regel gebührenpflichtig sind.

Vom Studierenden auszufüllen:

Name:	Vorname:
Matrikel	Fächer:

Datum

Unterschrift Studierende/r

Vom Arzt/von der Ärztin auszufüllen:

Erläuterung für den Arzt/die Ärztin:

Wenn ein/e Studierende/r aus gesundheitlichen Gründen das Praktikum an der Schule nicht absolvieren kann, hat er/sie gegenüber dem ZLB und der Schule die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigt er/sie ein ärztliches Attest, das es dem ZLB erlaubt, aufgrund der ärztlichen Angaben die Anzahl der Fehltag nachzuvollziehen und entsprechend der PSO zu behandeln. **Arbeitsunfähigkeit** liegt vor, wenn die Leistungsfähigkeit der/s Studierenden während des Praktikums durch gesundheitliche Beeinträchtigungen erheblich vermindert ist, wobei die Beeinträchtigung nicht chronisch oder von Dauer ist. Die gesundheitliche Beeinträchtigung muss dazu führen, dass die schulpraktischen Tätigkeiten (hospitieren, unterrichten, allgemeine Teilhabe an schulischen Aufgaben) nicht erbracht werden können. Es sind:

- nur **akute** Formen zu berücksichtigen, die die Ausführung der schulpraktischen Tätigkeiten nicht zulassen
- die eine gewisse Schwelle des Unwohlseins überschreiten (**erheblich**),
- die **nicht prägend für die persönliche Leistungsfähigkeit** sind (z.B. ADHS)
- die der/die Studierende **nicht selbst zu verantworten** hat (z.B. Einnahme einer zu hohen Dosis eines Beruhigungsmittels)
- die **nicht lediglich Ausprägung von Stress** oder Schwankungen der Tagesform sind, (es sei denn, es ist bereits erkennbar der Grad einer psychischen (akuten) Erkrankung erreicht).

Wir bitten Sie daher um Ausfüllen dieses Formulars oder um eine formlose Bescheinigung mit der Angabe des zu erwartenden Zeitraums der Arbeitsunfähigkeit. Die Datenerhebung und Speicherung dieser Daten erfolgt unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorgaben.

Hiermit bescheinige ich, dass

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
vorübergehend vom _____ bis voraussichtlich _____ nach meiner ärztlichen Einschätzung gesundheitsbedingt nicht in der Lage ist das Praktikum zu absolvieren.		

Datum

(Praxis-/) Arztstempel

Unterschrift Arzt/Ärztin