

**Formular für die Bescheinigung der Prüfungs- bzw. Studierunfähigkeit  
(Ärztliches Attest) zur Vorlage beim Prüfungsausschuss der  
Kölner Hochschule für KatholischeTheologie (KHKT)**

**Erläuterung für den Arzt:**

Nach ständiger Rechtssprechung des Bundesverwaltungsgerichts fällt der Prüfungsausschuss der Hochschule die Entscheidung über die Prüfungsunfähigkeit von Studierenden. Grundlage hierfür ist in der Regel ein ärztliches Attest, das für Nichtmediziner nachvollziehbar darlegt, warum Studierende nicht an einer Prüfung teilnehmen können bzw. konnten.

Studierende sind auf Grund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung ihrer Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offen zu legen und hierzu erforderlichenfalls den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden.

Die Diagnose selbst muss nicht genannt werden, wohl aber die körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen, die die Leistungsfähigkeit erheblich mindern oder an der Prüfungsteilnahme hindern (z. B. Bettlägerigkeit, Immobilität, starke Konzentrationsstörung durch Schmerzen). Dies steht im Einklang mit dem Datenschutzgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen\*.

Sie werden daher um kurze Ausführungen zu den nachstehenden Punkten unter 2) gebeten:

**Hinweis: Das Attest kann auch formlos erstellt werden, sofern es die nachfolgend erbetenen Informationen enthält.**

**1) Untersuchte Person (vom Studierenden auszufüllen):**

Nachname:\_Vorname:\_\_\_\_\_Geburtsdatum:\_\_\_\_\_

Straße, Nr.:\_\_\_\_\_PLZ, Wohnort:\_\_\_\_\_

Matrikelnummer:\_\_\_\_\_E-Mail:\_\_\_\_\_

Betroffene Prüfung(en) mit Modulbezeichnung und Datum: \_\_\_\_\_

**2) Erklärung des Arztes:**

Meine Untersuchung zur Frage der Prüfungsunfähigkeit bei o.g. Patient/Patientin hat aus ärztlicher Sicht Folgendes ergeben:

**Art der Leistungsminderung bzw. Hinderung an der Prüfungsteilnahme (bitte keine Diagnoseschlüssel verwenden):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Die Gesundheitsstörung ist auf Prüfungsangst / Prüfungsstress zurückzuführen (bitte ankreuzen):**

ja

nein

**Dauer der Krankheit:** vom \_\_\_\_\_ bis einschließlich \_\_\_\_\_

**Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor bzw. der Patient/die Patientin ist krankheitsbedingt an der Prüfungsteilnahme gehindert.**

\_\_\_\_\_  
Datum, Praxisstempel und Unterschrift