



Antrag auf Nachteilsausgleich

An den Prüfungsausschuss / das Prüfungsamt (Ihres Studienganges)

Datum:

Angaben zur Antragstellerin / dem Antragsteller

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Matrikelnummer _____

E-Mail _____

Tel (freiwillig) _____

Studiengang _____

Semesterzahl _____

Das sollen Sie auf dieser Seite erläutern:

Bitte bezeichnen Sie die Unterstützungsmaßnahmen so konkret wie möglich (z. B. Verlängerung der Bearbeitungszeit bei Klausuren um X %, bei Hausarbeiten um Y %, Zuweisung eines eigenen Bearbeitungsraums, Möglichkeit, Klausuren bei Bedarf durch Pausen zu unterbrechen, ...).

Geben Sie bitte an, auf welche Leistungsfeststellungsformen (z. B. Klausur, Hausarbeit, mündliche Prüfung, Exkursion, Praktikum) und welche Zeiträume sich die beantragten Maßnahmen beziehen (z. B. alle Klausuren bis Ende des Bachelorstudiums; Hausarbeit im Rahmen der Lehrveranstaltung xxx, WS 2015/2016; Ersatz der Klausuren in den Lehrveranstaltungen durch mündliche Prüfungen, ...).

Wenn die beantragten Maßnahmen länger als ein Jahr ihre Gültigkeit haben sollen, machen Sie bitte dazu erklärende Angaben.

Maßnahmen (Stellen Sie kurz Ihre Wünsche dar)

1.

2.

3.

4.

Begründung des Antrags

Die Begründung muss für Dritte nachvollziehbare Angaben enthalten. Diese Angaben müssen sich auf die Beeinträchtigung(en) sowie die damit zusammenhängenden Nachteile bzw. Erschwernisse bei Studien- und Prüfungsleistungen oder anderen Vorgaben beziehen. Sie sollten insbesondere erklären, wie sich die (gesundheitlichen) Beeinträchtigungen auf studienrelevante Aktivitäten auswirken (z. B. Schreiben, Lesen, Vortragen, Teilnehmen, Konzentrieren, in Gruppen arbeiten, ...).

Diese Angaben müssen durch ein Attest / eine Stellungnahme einer der unten aufgeführten Personen / Stellen unterstützt werden und in dieser möglichst präzise bestätigt sein.

Bitte stellen Sie in den folgenden Zeilen Ihre Situation dar

Beigefügte Nachweise (bitte ankreuzen)

- Ärztliches Attest oder ärztliche Stellungnahme
- Stellungnahme approbierteR psychologischeR PsychotherapeutIn
- Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes oder Schwerbehindertenausweis (Kopie)
- Bewilligungsbescheid eines Kostenträgers (Kopie)
- Behandlungsberichte, z.B. nach stationärer oder teilstationärer Behandlung (Kopie)
- Stellungnahme oder Bericht eines Rehabilitationsträgers (Kopie)
- Stellungnahme Psychotherapeutische Beratungsstelle des Studierendenwerkes
- Stellungnahme Ansprechperson der Zentralen Studienberatung für Studierende mit Behinderung oder chronischer Erkrankung
- Andere, nämlich _____

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Ort, Datum

Unterschrift