

## Antrag auf Nachteilsausgleich

Angaben zur Antragstellerin/zum Antragssteller

Name

Vorname

Geburtsdatum

Matrikelnr.

Studiengang

Hiermit stelle ich einen Antrag auf Nachteilsausgleich entsprechend des beigefügten Fragebogens zur Erfassung fachärztlicher (bei psychischer Behinderung bzw. psychischer chronischer Krankheit Fachärztin/Facharzt für psychosomatische Medizin oder Psychiatrie) Empfehlungen zum Nachteilsausgleich.

Sofern mir auf Grundlage des vorliegenden Antrags ein Nachteilsausgleich gewährt wird, verpflichte ich mich, diesen rechtzeitig gegenüber den Prüfer:innen der betreffenden Module geltend zu machen. Die Geltendmachung ist gem. Prüfungsordnung rechtzeitig erfolgt, wenn sie den zuständigen Prüfer:innen bei der Anmeldung zur jeweiligen Prüfung, spätestens jedoch einen Monat vor der jeweiligen Prüfung, übermittelt wurde. Zur Geltendmachung ist den zuständigen Prüfer:innen die vom Prüfungsamt ausgestellte Bescheinigung des Nachteilsausgleichs vorzulegen. Nach Ablauf der oben genannten Frist von einem Monat kann für die betreffende Prüfung kein Nachteilsausgleich mehr geltend gemacht werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Anlage

Fragebogen zur Erfassung fachärztlicher Empfehlungen zum Nachteilsausgleich

## Fragebogen

Erfassung fachärztlicher (bei psychischer Behinderung/chronischer Krankheit Fachärztin/Facharzt für psychosomatische Medizin oder Psychiatrie) Empfehlungen zum Nachteilsausgleich für die Studierende/den Studierenden...

Name, Vorname

Geburtsdatum

Studiengang inkl. Angabe Bachelor/Master

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt,

Studierende, die aufgrund einer körperlichen bzw. psychischen Behinderung oder chronischen Krankheit nicht in der Lage sind, Prüfungen ganz oder teilweise wie vorgesehen abzulegen, können einen Antrag auf einen Nachteilsausgleich stellen. Bitte nehmen Sie in den folgenden Fragen Stellung dazu, ob und ggf. in welchem Umfang Ihrer Einschätzung nach ein Nachteilsausgleich gewährt werden sollte.

Es handelt sich um eine länger andauernde oder ständige körperliche bzw. psychische Behinderung oder chronische Krankheit:

Ja  Nein

Bis zum Abschluss des oben genannten Studiengangs (Bachelor: 6 Semester Regelstudienzeit, Master: 4 Semester Regelstudienzeit) ist nicht mit einer Änderung des Krankheitsbildes zu rechnen:

Ja  Nein

Wenn mit einer Änderung des Krankheitsbildes zu rechnen ist, zeitliche Angabe:

Es handelt sich um eine Beeinträchtigung, die sich unmittelbar aus der Prüfungssituation ergibt, wie z.B. im Fall von Prüfungsangst o.ä., deren Symptomatiken kausal durch die Prüfung selbst verursacht werden.

Ja  Nein

Bitte geben Sie eine Empfehlung für den Ausgleich des bestehenden Nachteils an. Beachten Sie hierbei, dass die Prüfungsform gewahrt werden muss, da diese die Abfrage von bestimmten Kompetenzen gewährleistet. D.h. das z.B. eine Klausur nicht durch eine Hausarbeit oder eine mündliche Prüfung ersetzt werden kann.

Die Empfehlung lautet über folgende Prüfungsart/en (Mehrfachnennung möglich):

- Klausur
- mündliche Prüfung
- Seminar-/Haus-/Abschlussarbeit u.ä.
- sonstiges:

Beschreibung der Beeinträchtigung in der konkreten Prüfungssituation (Symptome und Auswirkungen). Achtung: Differenzierung nach o.g. Prüfungsart!

Empfehlung bzgl. der Ausgestaltung des Nachteilsausgleichs (z.B. Schreibzeitverlängerung, Pausenzeiten, separater Raum, Assistenz, Schriftvergrößerung, Hilfsmittel) inkl. Begründung:

Bei mehreren Empfehlungen: Angabe darüber, ob alle Empfehlungen gleichzeitig umgesetzt werden sollten inkl. Begründung:

Bei quantitativen Angaben (z.B. Schreibzeitverlängerung, Pausenzeiten) Prozentangaben:

Bei Empfehlung für separaten Raum: Anzahl weiterer möglicher zu prüfenden Studierenden im Raum inkl. Begründung:

Fachärztliche Empfehlung bzgl. der max. zu erbringenden Leistung pro Semester (Regelstudienzeit 30 CP/Semester):

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift