

## Antrag auf Nachteilsausgleich

### Antrag an

den Prüfungsausschuss der Fakultät \_\_\_\_\_

### Persönliche Angaben der Antragstellerin/ des Antragstellers

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefonnummer / E-Mail \_\_\_\_\_

Matrikelnummer \_\_\_\_\_

Studiengang \_\_\_\_\_

Fachsemester \_\_\_\_\_

### Angaben zu den beantragten nachteilsausgleichenden Maßnahmen

Bezeichnen Sie die von Ihnen vorgeschlagene Maßnahme so konkret wie möglich z.B.

- Verlängerung der Bearbeitungszeit bei Klausuren und/oder Hausarbeiten (Angabe in Minuten oder Prozent der regulären Bearbeitungszeit)
- Zuweisung eines eigenen Bearbeitungsraums
- Unterbrechung von Klausuren bei Bedarf durch Pausen
- Umwandlung der Prüfungsform von schriftlich in mündlich

Zusätzlich sind folgende Angaben zu machen:

- Modul bzw. Prüfungsfach sowie die Prüfungsform (z.B. Klausur, Hausarbeit, mündliche Prüfung, Praktikum)
- Zeiträume sich die beantragten Maßnahmen beziehen (z.B. alle Klausuren bis Ende des Bachelorstudiums).

### Modul + vorgeschlagene Maßnahme + Zeitraum

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Begründung des Antrags**

#### **Hinweise**

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).

#### **Freitext**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Beigefügte Nachweise (bitte Zutreffendes ankreuzen)**

- Fachärztliches Attest oder fachärztliche Stellungnahme
- Stellungnahme approbierter/n psychologischer/n Psychotherapeutin/Psychotherapeuten
- Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes oder Schwerbehindertenausweis
- Bewilligungsbescheid eines Kostenträgers, z.B. über Leistungen nach §§ 53, 54 SGB XII
- Behandlungsberichte, z.B. nach stationärer oder teilstationärer Behandlung
- Stellungnahme oder Bericht eines Rehabilitationsträgers
- Stellungnahme der Diversitätsbeauftragten
- Andere, nämlich \_\_\_\_\_

**Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.**

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift (Antragstellerin/Antragsteller)**

**Entscheidung des Prüfungsausschusses**

- Dem Antrag wird entsprochen
- Dem Antrag wird in folgendem Umfang entsprochen

- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
 Dem Antrag wird nicht entsprochen

**Begründung:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift (Prüfungsausschussvorsitzende:r)**