



ANTRAG AUF NACHTEILSAUSGLEICH

Liebe Studierende,
vor dem Ausfüllen des Formblattes empfehlen wir, das Merkblatt zum Nachteilsausgleich zu lesen.
Darin wird der Ablauf von der Antragstellung bis zur Umsetzung der Maßnahmen beschrieben.
Außerdem finden Sie dort Beispiele, die Sie beim Ausfüllen unterstützen können. Aus
Datenschutzgründen möchten wir Sie darum bitten, Ihre Universitäts-E-Mail Adresse zu verwenden.

Persönliche Daten der antragstellenden Person

Name, Vorname _____
E-Mail _____
Studiengang _____
Fachsemester _____
Abschlussziel _____

Angaben zu den beantragten Maßnahmen des Nachteilsausgleichs

Auf welches Format von Studien- und Prüfungsleistungen bezieht sich die beantragte(n) Maßnahme(n)?
(Mehrfachnennungen möglich)

Schriftliche Prüfungen

Mündliche Prüfungen

Praktische Prüfungsleistungen

Sonstige: _____

Ich stelle den Antrag für folgende konkrete Prüfungen (im aktuellen Semester):



Begründung des Antrags (Freitext) mit Darstellung der beantragten Maßnahme

Hinweis: Ihre Begründung muss für Dritte nachvollziehbare Angaben enthalten. Diese Angaben müssen sich auf die Symptome sowie die damit zusammenhängenden Nachteile bzw. Erschwernisse bei Studien- und Prüfungsleistungen beziehen. Sie sollten insbesondere erklären, wie sich die gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf studienrelevante/ prüfungsrelevante Aktivitäten auswirken, z.B. Schreiben mit der Hand, Tippen, Sitzen, Lesen, Vortragen, Teilnehmen, Konzentrieren, in Gruppen arbeiten. Mögliche Maßnahmen können z.B. eine Zeitverlängerung von X% bei schriftlichen Prüfungen sein, ein Gehör-/ Sichtschutz oder ein separater Prüfungsraum, ebenso kann die Nutzung bestimmter Hilfsmittel beantragt werden: z.B. Assistenzpersonen oder Notebook.

Beigefügte Nachweise, die die genannten Symptome belegen

Bitte kreuzen Sie an, welche Nachweise Sie Ihrem Antrag beifügen.

(Fach)ärztliches Attest bzw. (fach)ärztliche Stellungnahme oder (fach)ärztlicher Befundbericht

Attest approbierte*r psychologische*r Psychotherapeut*in

weitere Nachweise, die die genannten Symptome belegen

Ort, Datum _____

Unterschrift der antragstellenden Person _____