



## Antrag auf Nachteilsausgleich

### Persönliche Angaben

Matrikel-Nr.: 

Name:  Vorname: 

PLZ:  Ort:  Straße, Hausnr.: 

Telefon/Handy:  Email: 

### Hiermit beantrage ich

für den Abschluss: 

des Studienfaches 

den Nachteilsausgleich auf Grund folgender gesundheitlicher Beeinträchtigungen (z. B. Sinnesbeeinträchtigung, körperliche oder psychische Beeinträchtigung, chronische Erkrankung etc.):

Die gesundheitliche Beeinträchtigung wird durch ein fachärztliches oder psychotherapeutisches Attest belegt.

Durch die erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigung ergeben sich folgende Auswirkungen auf mein Studium:

Die Auswirkungen auf mein Studium sind durch ein fachärztliches oder psychotherapeutisches Attest belegt.

# Antrag auf Nachteilsausgleich (Fortsetzung)

Auf Grund des fachärztlichen oder psychotherapeutischen Attestes beantrage ich folgende Maßnahmen für die Durchführung der Prüfung:

Der Antrag soll

- grundsätzlich oder
- zunächst für das WiSe/SoSe

für alle Prüfungen der folgenden Erbringungsform(en) gelten:

- Klausur
- mündliche Prüfung
- schriftliche Prüfung/  
Hausarbeit

sonstige Form

**Der Antrag soll einmalig für die folgende Prüfung gelten:**

Prüfung laut Prüfungsordnung

Prüfungsart

Prüfungdatum und Prüfer

Ort und Datum

Unterschrift

Matrikel-Nr.:

Name:

Vorname:

### Von DoBuS auszufüllen:

Der Antrag auf Nachteilsausgleich wird befürwortet: ja  nein

Begründung

Datum und Unterschrift:

### Vom Prüfungsausschuss auszufüllen:

Der Antrag auf Nachteilsausgleich wird befürwortet: ja  nein

Begründung

Datum und Unterschrift:

### Dezernat 4.3 - Prüfungsverwaltung

- ❖ Eingang/Verarbeitung
- ❖ Bescheid an Studierende
- ❖ Ggf. Nachricht an Prüfende
- ❖ z. d. A.