

Antrag auf Nachteilsausgleich bei chronischer Erkrankung oder Behinderung

An den Prüfungsausschuss für den Bachelor-, bzw. Masterstudiengang*

* = nicht zutreffendes streichen

Name, Vorname:	
geboren am:	
Anschrift:	
Telefon:	E-Mail:
Matrikelnummer:	

Ich bin wegen chronischer Erkrankung oder Behinderung nicht in der Lage Studien- und Prüfungsleistungen in der vorgeschriebenen Zeit oder in der vorgeschriebenen Form zu erbringen bzw. abzulegen.

Art der chronischen Erkrankung oder Behinderung:

Sie wirkt sich auf die Prüfungen wie folgt aus (Stichworte):

Gemäß der Prüfungsordnung bitte ich um Festlegung der Prüfungsbedingungen unter Berücksichtigung nachteilsausgleichender Regelungen und unter Berücksichtigung des Einzelfalls.

Als Nachteilsausgleich beantrage ich

- eine _____%ige Zeitverlängerung bei zeitabhängigen Prüfungen
- die Umwandlung von schriftlichen Prüfungen in mündliche Prüfungen
- die Umwandlung von mündlichen Prüfungen in schriftliche Prüfungen
- die Unterbrechung von zeitabhängigen Prüfungsleistungen durch individuelle Erholungspausen
- das Splitten von Prüfungsleistungen in Teilleistungen
- das Zulassen und ggf. auch Bereitstellen von Hilfsmitteln, Assistenzleistungen, adaptierten Prüfungsleistungen, gesonderten Prüfungsräumen. Genaue Angaben:

Ort, Datum

(Antragsteller/in)

Beratung zum Nachteilsausgleich hat stattgefunden.

Anlaufstelle: _____

Person: _____

Ich erteile hiermit eine Schweigepflichtsentbindung gegenüber _____

Ort, Datum

Antragsteller/in

Stellungnahme Beauftragte/r für Studierende mit Behinderung oder chronischer Erkrankung

Als Beauftragte/r für Studierende mit Behinderung oder chronischer Erkrankung der Hochschule Rhein-Waal befürworte ich den Antrag.

Ort, Datum

(Beauftragte/r für Studierende mit Behinderung oder
chronischer Erkrankung)

Anmerkung: _____

Folgende Unterlagen sind beigelegt:

Kopie des Schwerbehindertenausweises

Kopie des ärztlichen Zeugnisses

Dem Antrag wird stattgegeben.

Mit einer zeitlichen Befristung bis zum _____

Der Antrag wird abgelehnt, weil

Ort, Datum

(Prüfungsausschussvorsitzende/r)

Ablage Original-Antrag: Prüfungsausschussvorsitz,
Scan per E-Mail an Antragsteller/in, cc: Beauftragte/r für Studierende mit Behinderung oder chronischer Erkrankung