

Antrag auf Nachteilsausgleich bei chronischer Erkrankung oder Behinderung

- Bitte reichen Sie diesen Antrag spätestens 8 Wochen vor Prüfungstermin beim Prüfungsausschuss Ihrer Fakultät ein.
- Eine Beratung bezüglich der Beantragung eines Nachteilsausgleichs ist empfehlenswert! Für Ansprechpersonen und eine Terminvereinbarung klicken Sie [hier](#)

An den Prüfungsausschuss der Fakultät:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Technologie und Bionik | <input type="checkbox"/> Life Sciences |
| <input type="checkbox"/> Gesellschaft und Ökonomie | <input type="checkbox"/> Kommunikation und Umwelt |

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

- Erstantrag Folgeantrag

Hiermit erkläre ich, dass ich wie folgt auf Grund einer chronischen Erkrankung oder Behinderung nicht in der Lage bin, meine vorhandenen intellektuellen Fähigkeiten im Rahmen einer Leistungserbringung in der vorgesehenen Prüfungsform umzusetzen:

- *Bitte erläutern Sie hier möglichst genau, unter welchen Symptomen Sie leiden und wie diese Ihre Leistungsfähigkeit in der Prüfungssituation beeinträchtigen (die Genauigkeit Ihrer Angaben haben einen direkten Einfluss auf das Urteil des Prüfungsausschusses):*

Auf Grund der oben genannten Beeinträchtigung beantrage ich einen Nachteilsausgleich in folgendem Umfang:

- Unbefristet für alle Prüfungen
 Unbefristet nur für Klausuren
 Für folgende Prüfungsphase _____

	Modulbezeichnung	Modulcode	Modulverantwortliche/r
1			
2			
3			
4			

Art des Nachteilsausgleichs:

- Bitte nennen Sie hier die konkrete Ausgleichsmaßnahme, welche Sie auf Grund der oben erläuterten Symptome beantragen (z.B. Zeitverlängerung, Erholungspausen, Umwandlung der Prüfungsform, Zulassen von speziellen Hilfsmitteln). Falls sich diese für Prüfungen unterscheiden, nennen Sie bitte die Nummer des entsprechenden Moduls.

Ort, Datum

(Antragsteller*in)

Folgende Nachweise sind diesem Antrag beigefügt:

INTERNER VERMERK DES PRÜFUNGSAUSSCHUSSES

Hinweis: dies ist kein Bescheid! Der Bescheid an der/die Antragsteller*in wird separat versendet unter Beteiligung der/des Beauftragten für Studierende mit Behinderung oder chronischer Erkrankung.

- Dem Antrag wird stattgegeben. Mit einer zeitlichen Befristung bis _____
- Die beantragte Ausgleichmaßnahme wird übernommen.
- Die beantragte Ausgleichmaßnahme wird nicht übernommen.

Bemerkung: _____

- Der Antrag wird abgelehnt

Bemerkung: _____

Ort, Datum

(Prüfungsausschussvorsitz)