

Antrag auf Nachteilsausgleich bei Beeinträchtigung, chronischer oder psychischer Erkrankung



Stellen Sie diesen Antrag bei der Anmeldung zur Prüfung und
mindestens zwei Monate vor der Prüfung beim zuständigen
Prüfungsausschuss.

Angaben zur Person

Name (Studierende*r)	Vorname ↓	Nachname ↓	
E-Mail			Matrikel-Nr.:
Anschrift	Straße, Hausnummer ↓	PLZ ↓	Ort ↓
Studiengang			

Bei Fragen berät Sie gerne:

E-Mail: s-m-b@upb.de
kathrin.weber@uni-paderborn.de
Telefon: +49 5251 60-5498
Büroanschrift:
Warburger Str. 100
33098 Paderborn
Raum: I4.313

Angaben zum beantragten Nachteilsausgleich

Es handelt sich um einen	Erstantrag	Nachfolgeantrag – Erstantrag SS/WS: _____
--------------------------	------------	---

Für welche Studien- bzw.
Prüfungsformen soll der
Nachteilsausgleich gelten?

← Für weitere Studien-/
Prüfungsformen nutzen Sie
dieses Formular mehrfach für
weitere Angaben.

Nachteilsausgleich,
der beantragt wird

Möchten Sie dem Antrag
weitere Nachweise
hinzufügen?

Ja ➤ Wenn ja,
Nein welche Nachweise:

Unterschrift

Bestätigung und
Unterschrift
des Antragstellers/
der Antragstellerin

*Hiermit bestätige ich, alle Angaben im Antrag wahrheitsgemäß gemacht zu haben.
Mir ist bewusst, dass etwaige Falschangaben dazu führen können, dass die erlangten Nach-
teilsausgleiche zurückgenommen werden und die solchermaßen unternommenen Studien-
bzw. Prüfungsleistungen als »nicht bestanden« bewertet werden. Ich verpflichte mich, eine
deutliche Besserung meines Gesundheitszustandes beim Prüfungsausschuss anzuzeigen,
da dadurch bereits gewährte (auch unbefristete) Nachteilsausgleiche zurückgenommen
werden können, sofern die Voraussetzungen dafür nicht mehr vorliegen.*

Ort, Datum ↑

Unterschrift Antragsteller*in ↑

Anhang: (Fach-)Ärztlicher Nachweis



Hinweis für behandelnde Personen: Können Studierende aufgrund einer Beeinträchtigung, chronischen oder psychischen Erkrankung Prüfungen nicht unter den üblichen Bedingungen ablegen, können Maßnahmen (sog. Nachteilsausgleiche) beantragt werden, um die Prüfungsmodalitäten individuell anzupassen. Ihre Angaben und Empfehlungen dienen dem Prüfungsausschuss dabei als Grundlage für die Entscheidung über mögliche Nachteilsausgleiche.

Name und Zeitpunkt des
Vorstellens in der Praxis

Name des/der Studierenden ↓

ist bei mir

in Behandlung,
heute erstmals
vorstellig geworden.

Wie lauten die typischen
Symptome der Beeinträchti-
gung bzw. Erkrankung und
ihre Auswirkungen auf die
Prüfung?

Bitte beschreiben Sie die Symptome so, dass sie für medizinische Laien verständlich sind.

← Der Antrag kann ohne eine
nachvollziehbare Darlegung
nicht bearbeitet werden.

Einschätzung des Verlaufs
der Beeinträchtigung

Die beschriebenen Einschränkungen bestehen voraussichtlich über diesen
Zeitraum: _____

Bitte beschreiben Sie,
welche nachteils-
ausgleichenden
Maßnahmen Sie aus
medizinischer Sicht
empfehlen

← Prüfungsmodalitäten kön-
nen wie folgt angepasst werden:

- **Prüfungsorganisation**
(z.B. Terminierung und Dauer)
- **Prüfungssetting** (z.B. Raum,
Sitzplatz oder Ausstattung)
- **Prüfungsformat** (z.B.
mündlich statt schriftlich,
Einzel- statt Gruppenarbeit
oder Erbringung einer Ersatz-
leistung)
- **Prüfungsdurchführung**
(z.B. Verlängerung der
Bearbeitungszeit – in Prozent
angeben, Erholungspausen,
Hilfsmittel oder Assistenz)
- **Prüfungsmaterialien**
(z.B. Braille, Großdruck)

Gibt es Gründe, weshalb
die/der Studierende den
Antrag nicht fristgerecht
(d.h. mindestens zwei
Monate vor der Prüfung)
stellen konnte?

Nein

Ja ↳ Wenn ja, bitte erläutern:

← Die Studierenden müssen
diesen Antrag bei der Anmel-
dung zur Prüfung, mindestens
jedoch zwei Monate vor der
ersten Prüfung stellen.
In Ausnahmefällen kann der
Antrag auch später gestellt
werden.

Kontakt,
Unterschrift
und
Praxisstempel

E-Mail:

Telefon:

Ort, Datum ↑

Unterschrift Arzt/Ärztin ↑

Praxisstempel