



Bitte von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen.

Hinweis für den Arzt/die Ärztin: 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:
dauerhaft über _____ Monate Angabe nicht möglich

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

- ← Prüfungsmodalitäten können 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 Ersatzleistung)
 - **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 Anmeldung zur Prüfung, mindestens jedoch zwei Monate vor der ersten Prüfung stellen. In Ausnahmefällen kann der Antrag auch später gestellt werden.

Schweigepflichts-
entbindung,
Kontakt,
Unterschrift :

Eine Schweigepflichtentbindung bezüglich der hier gemachten Angaben liegt vor.
Ich stehe dem Prüfungsausschuss für Rückfragen zur Verfügung:
E-Mail: _____ Telefon: _____

Ort, Datum ↑

Unterschrift Arzt/Ärztin ↑

Praxisstempel