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. Prüfungsleistungen soll der Nachteilsausgleich gelten? ↓

Sie können in den Spalten Nachteilsausgleiche für vier Leistungen geltend machen:

← *Die Beschränkung auf **vier** besteht nur aus Platzgründen. Für weitere Studien-/Prüfungsleistungen nutzen Sie dieses Formular »mehrfach« für weitere Angaben.*

	Studien-/Prüfungsleistung #1 ↓	Studien-/Prüfungsleistung #2 ↓	Studien-/Prüfungsleistung #3 ↓	Studien-/Prüfungsleistung #4 ↓
Name des (Teil-)Moduls :				
Prüfer*in(nen) :				
Prüfungs-/Abgabedatum :				
Nachteilsausgleich, der beantragt wird :				
Nachteilsausgleich für weitere Studienleistungen, z.B. Praxisphasen oder Abschlussarbeiten :				

Möchten Sie dem Antrag weitere Nachweise hinzufügen? : ○ Ja ○ Nein ↘ **Wenn ja, 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 Nachteilsausgleiche 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 ↑ _____

Formular ausfüllen und einreichen in drei Schritten
1. *Füllen Sie die erste Seite (online) aus und drucken Sie beide Seiten aus.*
2. *Legen Sie die zweite Seite Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin zum Ausfüllen vor.*
3. *Reichen Sie das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular beim Prüfungsausschuss ein*

Anhang:
(Fach-)Ärztlicher Nachweis

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 Beeinträchtigung 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 nachteilsausgleichenden 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.*

Schweigepflichtsentbindung, 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