# Ärztlicher / Psychologisch Psychotherapeutischer Nachweis für die Beantragung eines Nachteilsausgleichs an der Universität Paderborn

Nachname der/des Studierenden:

Vorname der/des Studierenden:

Matrikelnummer:

Hiermit bescheinige ich, dass bei der/dem Studierenden eine chronische Erkrankung oder eine Behinderung vorliegt, diese aber KEINE bleibende Leistungsschwäche darstellt. (Sie können beispielsweise schreiben, dass Ihr/e Patient\*in durch Schmerzen immer wieder Pause braucht, um den Körper zu entspannen, um wieder konzentrationsfähig zu sein. Hilfreich ist zudem eine zeitliche Einschätzung, wie oft und wie lang solche Pausen im Verhältnis zu einer Zeitstunde gemacht werden müssen)

Die Beeinträchtigung(en) wirken sich in Prüfungssituationen (im Vergleich zu Studierenden ohne Erkrankung) in folgender Weise erschwert aus:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Das Ausstellen einer Diagnose reicht NICHT aus.

|  |
| --- |
|  |

(Datum, Unterschrift der Ärztin/ des Arztes, Stempel der Praxis)