

Antragsformular Nachteilsausgleich

bitte direkt am PC ausfüllen, wenn möglich

Sie können den Antrag vorab per E-Mail übersenden und das Original postalisch nachreichen!

Antragsteller*in

Name:	Vorname:
Straße/Hausnr.:	PLZ/Wohnort:
Tel.-Nr. (Festnetz/Handy):	Geschlecht (m/w/d/keine Angabe):
Geburtsdatum:	Matrikelnr.:
Fakultät:	Studiengang:
Semester:	Bachelor/Master:
Studentische E-Mail-Adr.:	

An

Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg Prüfungsausschuss
 z. H. Herrn Prof. Dr. Ingo Striepling
 Postfach 12 03 27
 93025 Regensburg

E-Mail: pruefungsausschuss@oth-regensburg.de

Antrag auf Nachteilsausgleich bei Behinderung oder chronischer Erkrankung für Prüfungen

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Striepling,

ich bin wegen

- länger andauernder oder ständiger Behinderung/chronischer Erkrankung oder
- akut eingetretener Behinderung/Unfall

nicht in der Lage, Studien- und Prüfungsleistungen in der vorgeschriebenen Zeit oder in der vorgeschriebenen Form abzulegen.

Meine Behinderung besteht in:

.....

Sie wirkt sich bei Studien- und Prüfungsleistungen (bitte ankreuzen)

- im Modul oder
- in allen Modulen

wie folgt aus:

.....

Ich bitte um Überprüfung, welcher Nachteilsausgleich mir aufgrund meiner Behinderung in dem vorgenannten Modul/den vorgenannten Modulen gewährt werden kann.

Ich weiß, dass in der Regel nur eine Möglichkeit gewährt wird.

Als Nachteilsausgleich bitte ich um:

- eine %-ige Schreibzeitverlängerung bei zeitabhängigen Studien- und Prüfungsleistungen
- Nutzung eines eigenen Prüfungsraumes
- um sonstige nachteilsausgleichende Maßnahmen und zwar:

.....
.....

- Studien- und Prüfungsleistungen in einer anderen als der vorgesehenen Form erbringen zu können und zwar:

.....
.....

Ich beantrage den Nachteilsausgleich für

- WiSe/SoSe
- die gesamte Dauer meines oben genannten Studiums

Als Beleg füge ich bei:

- meinen Schwerbehindertenausweis in Kopie und
- ein **aktuelles** ärztliches Attest nach § 29 Abs. 3 APO

Das ärztliche Attest enthält **alle folgenden vier Angaben:**

1. die Bestätigung des unterzeichnenden Arztes oder der unterzeichnenden Ärztin, dass das ärztliche Zeugnis auf einer von ihm oder ihr persönlich durchgeführten Untersuchung des oder der Studierenden beruht,
2. den Zeitpunkt der Untersuchung,
3. die Beschreibung der aktuellen krankheitsbedingten und zugleich prüfungsrelevanten körperlichen, geistigen und/oder seelischen Funktionsstörungen aus ärztlicher Sicht so konkret und nachvollziehbar, dass die Hochschule daraus schließen kann, in welchem Umfang und in welcher Form ein Nachteilsausgleich gewährt werden kann sowie
4. den Eintritt und die voraussichtliche Dauer der Behinderung.

Bzw. bei akuten Behinderungen/Unfall:

- aktuelles** ärztliches Attest nach § 29 Abs. 3 APO mit den vorgenannten Angaben.

Zu Ihrer Information (freiwillige Angaben):

- Ich war in der Allgemeinen Studienberatung und entbinde diese von der Schweigepflicht bei Rückfragen zu meiner Person.
- Ich war bei dem/der Behindertenbeauftragten und entbinde ihn/sie von der Schweigepflicht bei Rückfragen zu meiner Person.
- Ich entbinde den Arzt/die Ärztin von seiner/ihrer Schweigepflicht bei etwaigen Nachfragen zum Attest.

Ort und Antragsdatum

.....
Unterschrift