



## ANTRAG AUF NACHTEILSAUSGLEICH

⇒ wegen ständiger Behinderung/Beeinträchtigung  
⇒ für alle Prüfungen im Studiengang

Rechtsgrundlage: § 26 APO vom 26.11.2014 in der zuletzt gültigen Fassung

Hinweis: Der Antrag muss schriftlich (nicht per E-Mail) und spätestens mit der Anmeldung zur ersten Prüfung, für die der Nachteilsausgleich geltend gemacht wird, gestellt werden. Einzureichen ist der Antrag bei dem oder der zuständigen Prüfungsausschussvorsitzenden.

### Angaben des/der Studierenden

.....  
Matrikelnummer

.....  
Familienname

.....  
Vorname(n)

.....  
Studiengang

*Hinweis: Bei mehreren Studiengängen bitte je Studiengang ein Formular ausfüllen und bei dem oder der jeweiligen Prüfungsausschussvorsitzenden einreichen, da diese jeweils eine Entscheidung treffen müssen.*

---

### Nachteilsausgleich wegen ständiger Behinderung/Beeinträchtigung

Hiermit beantrage ich einen Nachteilsausgleich für **alle Prüfungen im oben angegebenen Studiengang**, da folgende

ständige Behinderung: .....

vergleichbare Beeinträchtigung: .....

vorliegt.

Der Nachteilsausgleich ist aus folgendem Grund erforderlich:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



Folgende(n) Nachweis(e) habe ich dem Antrag beigelegt:

- ärztliches Attest
- psychologisches Attest
- sonstige: .....

*Hinweis: Es muss ein aussagekräftiger Nachweis im Original (kein Scan) beigelegt werden, dass eine ständige Behinderung/vergleichbare Beeinträchtigung vorliegt, die die beantragte Form des Nachteilsausgleichs erforderlich macht.*

Der Nachteilsausgleich wird für die Prüfungsform

- Klausur
- mündliche Prüfung
- Hausarbeit
- Bachelor-/Masterarbeit (Abschlussarbeit)
- sonstige Prüfungsform: .....

benötigt.

Für diese Prüfungsform beantrage ich einen Nachteilsausgleich in Form von

- Verlängerung der Bearbeitungszeit um .....
- Zulassung folgender notwendiger Hilfsmittel: .....
- Zulassung von notwendigen Assistenzleistungen: .....
- Ruhephasen während der Prüfung im Umfang von: .....
- Sonstiges: .....

---

## Hinzuziehung des/der Beauftragten für Studierende mit Behinderung, chronischen Krankheiten und Beeinträchtigungen

Falls der oder die Prüfungsausschussvorsitzende den oder die Beauftragte/n für Studierende mit Behinderung, chronischen Krankheiten und Beeinträchtigungen nach § 26 Abs. 2 Satz 3 APO zur Beratung hinzuziehen möchte, bin ich damit

- einverstanden.
- nicht einverstanden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Studierende/r