



ANTRAG AUF NACHTEILSAUSGLEICH

⇒ wegen länger andauernder Behinderung/Beeinträchtigung
⇒ für bestimmte Prüfungen

Rechtsgrundlage: § 24 APO vom 26. November 2014 in der zuletzt gültigen Fassung

Hinweis: Der Antrag muss schriftlich (nicht per E-Mail) und spätestens mit der Anmeldung zur 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 länger andauernder Behinderung/Beeinträchtigung

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

den Zeitraum vom bis,

da folgende

länger andauernder Behinderung:

vorübergehende 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 über den gesamten beantragten Zeitraum beigelegt werden, dass eine vorübergehende Behinderung/vergleichbare Beeinträchtigung vorliegt, die die beantragte Form des Nachteilsausgleichs erforderlich macht.

Ich beantrage den Nachteilsausgleich

für die Prüfung(en)
(falls nicht benötigt, die übrigen Zeilen bitte streichen)

Bezeichnung der Prüfung:
Prüfungsmodulnummer:
Prüfungsdatum (Tag/Zeitraum):
Prüfungsform:
Nachteilsausgleich in Form von

Bezeichnung der Prüfung:
Prüfungsmodulnummer:
Prüfungsdatum (Tag/Zeitraum):
Prüfungsform:
Nachteilsausgleich in Form von

Bezeichnung der Prüfung:
Prüfungsmodulnummer:
Prüfungsdatum (Tag/Zeitraum):
Prüfungsform:
Nachteilsausgleich in Form von

Bezeichnung der Prüfung:
Prüfungsmodulnummer:



Prüfungsdatum (Tag/Zeitraum):

Prüfungsform:

Nachteilsausgleich in Form von

Sollten Sie den Nachteilsausgleich für mehrere Prüfungen benötigen und die Zeilen nicht ausreichen, dann bitte diese Seite mehrfach drucken und beilegen.

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

Falls der oder die Prüfungsausschussvorsitzende den oder die Beauftragten für Studierende mit Behinderung, chronischen Krankheiten und Beeinträchtigungen nach § 24 Abs. 2 Satz 3 APO zur Beratung hinzuziehen möchte, bin ich damit

einverstanden.

nicht einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Studierende/r