

## Informationen zum Nachteilsausgleich

Mit Hilfe des Nachteilsausgleichs soll Studierenden mit Behinderung, chronischer Erkrankung oder temporärer Einschränkung der Zugang zu Fachinhalten und Aufgaben sowie der Nachweis des Erlernten unter Berücksichtigung der individuellen Beeinträchtigung ermöglicht werden.

Da ein Nachteilsausgleich nicht rückwirkend gewährt werden kann, sollten Studierende möglichst frühzeitig ihren Bedarf anmelden, spätestens bei der Prüfungsanmeldung.

Die Gründe für einen Nachteilsausgleich für eine Beeinträchtigung sind durch ein aktuelles fachärztliches Attest mit Stempel und Unterschrift im Original nachzuweisen. Eine Bescheinigung auf Rezeptblock oder ein Schwerbehindertenausweis sind nicht ausreichend.

Eine Diagnose muss nicht genannt werden, es kann jedoch hilfreich für das Verständnis sein. Erforderlich ist eine für Laien verständliche Beschreibung der Symptomatik (Art der Beeinträchtigung bspw. Mobilitätsstörung, psychische Erkrankung, Teilleistungsschwäche) und wie sich die Beeinträchtigung auf die Prüfung auswirkt. Ebenso sollten konkrete Empfehlungen zu angemessenen Ausgleichsmaßnahmen gemacht werden.

Unter [www.h-da./behinderung.de](http://www.h-da./behinderung.de) finden Sie noch weitere Informationen. Für eine persönliche Beratung steht Ihnen der Beauftragte für Studierende und Studieninteressierte gerne zur Verfügung.

Bei Folgeanträgen oder längerfristigen Nachteilsausgleichsmaßnahmen kann auf ein ärztliches Attest verzichtet werden, wenn der Nachweis auf eine chronische Beeinträchtigung zu einem früheren Zeitpunkt erbracht wurde. Das sollte auf dem ärztlichen Attest aufgeführt werden.

Ein häufig beantragter Nachteilsausgleich besteht in einer Schreibzeitverlängerung. In diesem Fall ist im ärztlichen Attest eine Zeitempfehlung mit Bezug auf eine Regelbearbeitungszeit von 90 min. aufzuführen, zum Beispiel:  
"... bei einer Prüfungsdauer von 90 min. sollte die Schreibzeitverlängerung 15 min. betragen ..."

## Antrag auf Nachteilsausgleich bei einer Prüfung

gemäß der gültigen ABPO

Anrede: Frau  Herr  Div.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Matrikelnr.: \_\_\_\_\_ Studiengang: \_\_\_\_\_

Erster Antrag  Folgeantrag  Attest liegt vor

Hiermit beantrage ich einen Nachteilsausgleich für folgende Prüfungen:

Modulnr.: _____ Modulname: _____ Prüfungsdauer (ohne Verlängerung) in Minuten: _____ Verlängerung der Bearbeitungszeit von: _____ min. Sonstiger Nachteilsausgleich: _____	Modulnr.: _____ Modulname: _____ Prüfungsdauer (ohne Verlängerung) in Minuten: _____ Verlängerung der Bearbeitungszeit von: _____ min. Sonstiger Nachteilsausgleich: _____
Modulnr.: _____ Modulname: _____ Prüfungsdauer (ohne Verlängerung) in Minuten: _____ Verlängerung der Bearbeitungszeit von: _____ min. Sonstiger Nachteilsausgleich: _____	Modulnr.: _____ Modulname: _____ Prüfungsdauer (ohne Verlängerung) in Minuten: _____ Verlängerung der Bearbeitungszeit von: _____ min. Sonstiger Nachteilsausgleich: _____
Modulnr.: _____ Modulname: _____ Prüfungsdauer (ohne Verlängerung) in Minuten: _____ Verlängerung der Bearbeitungszeit von: _____ min. Sonstiger Nachteilsausgleich: _____	Modulnr.: _____ Modulname: _____ Prüfungsdauer (ohne Verlängerung) in Minuten: _____ Verlängerung der Bearbeitungszeit von: _____ min. Sonstiger Nachteilsausgleich: _____
Modulnr.: _____ Modulname: _____ Prüfungsdauer (ohne Verlängerung) in Minuten: _____ Verlängerung der Bearbeitungszeit von: _____ min. Sonstiger Nachteilsausgleich: _____	Modulnr.: _____ Modulname: _____ Prüfungsdauer (ohne Verlängerung) in Minuten: _____ Verlängerung der Bearbeitungszeit von: _____ min. Sonstiger Nachteilsausgleich: _____
Modulnr.: _____ Modulname: _____ Prüfungsdauer (ohne Verlängerung) in Minuten: _____ Verlängerung der Bearbeitungszeit von: _____ min. Sonstiger Nachteilsausgleich: _____	Modulnr.: _____ Modulname: _____ Prüfungsdauer (ohne Verlängerung) in Minuten: _____ Verlängerung der Bearbeitungszeit von: _____ min. Sonstiger Nachteilsausgleich: _____
Modulnr.: _____ Modulname: _____ Prüfungsdauer (ohne Verlängerung) in Minuten: _____ Verlängerung der Bearbeitungszeit von: _____ min. Sonstiger Nachteilsausgleich: _____	Modulnr.: _____ Modulname: _____ Prüfungsdauer (ohne Verlängerung) in Minuten: _____ Verlängerung der Bearbeitungszeit von: _____ min. Sonstiger Nachteilsausgleich: _____

**Das fachärztliche Attest liegt dem Antrag im Original bei!**

Datum / Unterschrift Studierende/r: \_\_\_\_\_

Beschluss des Prüfungsausschuss: \_\_\_\_\_

Genehmigt: (Art und Umfang des Ausgleichs) \_\_\_\_\_

Nicht Genehmigt: (Begründung) \_\_\_\_\_