

**Antrag auf Nachteilsausgleich für Studierende mit Behinderung,
chronischen Krankheiten oder mit anderen ebenso
schwerwiegenden Gründen**

Application for support for equal opportunities for students with disabilities,
chronic illnesses or with other equally serious conditions

Vorname und Nachname Antragsteller/in
First name and surname of applicant

Straße und Hausnummer
Street and number

Postleitzahl und Ort
Postcode and Place

Seminargruppe:
Seminar Group:

Studiengang:
Study programme:

Fachbereich:
Department:

Sehr geehrter Prüfungsausschuss,

hiermit beantrage ich einen Nachteilsausgleich.

Aufgrund meiner Situation erlebe ich folgende Nachteile in schriftlichen und/oder mündlichen Prüfungen:

Dear Examinations Board,

I am applying for support for equal opportunities.

Caused by my disability or (medical) condition, I experience the following disadvantages in written and/or oral exams:

Antrag auf Nachteilsausgleich für Studierende mit Behinderung,
chronischen Krankheiten oder mit anderen ebenso
schwerwiegenden Gründen

Application for support for equal opportunities for students with disabilities,
chronic illnesses or with other equally serious conditions

Ich beantrage den Nachteilsausgleich in Form von:
(z.B. 20 % mehr Schreibzeit, ein zusätzliches Wörterbuch)

I apply for support for equal opportunities in the form of:
(e.g. 20 % extra examination time, extra dictionary)

A: Dieser Antrag betrifft folgende Prüfungen:

A: This application concerns the following examinations:

Semester Semester	Modul Module	Prüfungsform Form of examination	Prüfer/in Examiner
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Meine Gründe, die den Nachteilsausgleich rechtfertigen, sind dauerhaft und betreffen alle Prüfungen
in meinem Studium.

My reasons justifying the support are permanent and will affect all examinations in my studies.

Meinem Antrag füge ich den ärztlichen Nachweis bzw. die Stellungnahme des
psychotherapeutischen Fachpersonals bzw. eine andere offizielle Bestätigung mit Datum

vom _____ bei.

I enclose with my application the medical certificate or the statement of the
psychotherapeutic specialist dated _____.

Mit freundlichem Gruß
With kind regards

Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Antrag auf Nachteilsausgleich für Studierende mit Behinderung,
chronischen Krankheiten oder mit anderen ebenso
schwerwiegenden Gründen

Application for support for equal opportunities for students with disabilities,
chronic illnesses or with other equally serious conditions

Vom Prüfungsausschuss auszufüllen:
To be completed by the Examinations Board:

Antrag wird:
Motion is:

genehmigt / abgelehnt
approved / rejected

*Nachteilsausgleich wird gewährt in folgendem Umfang
für folgenden Zeitraum:*

(z.B. 20 Minuten längere Schreibzeit im Wintersemester 22/23/für die o.g. Prüfungen/für die gesamte Dauer des Studiums)

The support will be granted for the following period:

(e.g. 20 minutes extra time for winter semester 22/23 / for the above-mentioned Examinations / for the entire duration of studies)

- Original an Antragsteller/in;
Original to applicant
- Kopie an Koordination WIR, Dekanat, Sachgebiet für Immatrikulation und
Prüfungen;

Copy to WIR Coordination, Dean's Office, Department of Admission and Examinations

Datum

Unterschrift Prüfungsausschuss