**Antrag auf Nachteilsausgleich für Prüfungen**

1. **Persönliche Daten:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Matrikelnummer** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Name, Vorname** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Geburtsdatum** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Straße, Hausnummer** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **PLZ, Wohnort (ggf. Land)** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **E-Mail-Adresse** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Studiengang** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Fachsemester** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

[ ]  **Erstantrag**

[ ]  **Folgeantrag aus dem Semester:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Angaben zu Ihren Beeinträchtigungen, z. B. Behinderung, chronische Erkrankung, vergleichbare Beeinträchtigung, Schwangerschaft, Alleinerziehende\*r. Beschreiben Sie zudem die Auswirkungen Ihrer Beeinträchtigungen bei Prüfungen:**

|  |
| --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Aktuelle Nachweise der angegebenen Beeinträchtigungen:**

[ ]  ärztliches Attest bzw. ärztliche Stellungnahme

[ ]  Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes über eine Behinderung bzw. Schwerbehinderung oder Vorder- und Rückseite des Schwerbehindertenausweises

[ ]  Bewilligungsbescheid eines Kostenträgers, z. B. über Leistungen nach §§ 53, 54 SGB XII

[ ]  (Auszüge aus einem) Behandlungsbericht, z. B. nach stationären oder teilstationären Aufenthalten

[ ]  Stellungnahme oder Bericht eines Rehabilitationsträgers

[ ]  Andere, nämlich: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Angaben zu den beantragten Maßnahmen der Nachteilsausgleiche (Maßnahmen, Formate der betreffenden Prüfungen, ggf. konkrete Prüfungen, Laufzeiten der Maßnahmen, Begründung der Maßnahmen):**

|  |
| --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Eine Stellungnahme durch den Behindertenbeauftragten des Senats der Hochschule nach §73 des HSG-LSA wird vom Studierenden gewünscht (zeitlich bitte berücksichtigen):**

[ ]  ja

[ ]  nein

**Ort, Datum** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

****

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Unterschrift der Antragstellerin oder des Antragstellers**