**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**