



Antrag auf Gewährung eines Nachteilsausgleichs für die universitäre
Schwerpunktbereichsprüfung (§ 40 StPrO)

Auszufüllen vom/von der Studierenden:

Hiermit möchte ich

(Name, Vorname)

(Matrikelnummer)

(Straße, Nr.)

(PLZ Ort)

(E-Mail)

aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen/einer sich körperlich auswirkenden Behinderung für folgende Prüfungen im Schwerpunktstudium (mehrfaches Ankreuzen möglich)

Studienarbeit (schriftlicher Teil)

Studienarbeit (mündlicher Teil)

Modulabschlussklausuren

Mündliche Modulabschlussprüfungen

folgende Ausgleichsmaßnahmen beantragen (Bezeichnung der empfohlenen Maßnahmen, bei Schreibzeitverlängerung bitte § 40 Abs. 1 S. 3 StPrO beachten!):

Zudem bin ich damit einverstanden, dass die Rechtswissenschaftliche Fakultät meine Gesundheitsdaten verarbeitet, soweit dies zur Prüfung meines Antrags erforderlich ist. Der Inhalt der Vorschriften der § 33 LDSG i.V.m. § 9 HSchulDSV ist mir bekannt.

(Ort/Datum/Unterschrift)

Erläuterungen für den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin:

Ihre ärztlichen Tatsachenfeststellungen sind maßgeblich für die Gewährung eines Nachteilsausgleichs durch die Prüfungsbehörde. Bitte beschreiben Sie die Gesundheitseinschränkungen d.Pat. so ausführlich wie möglich, damit die Prüfungsfähigkeit d.Pat. durch die Prüfungsbehörde ohne Rückfragen beurteilt werden kann. **Die Beantwortung der Rechtsfrage, ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung die empfohlenen Ausgleichsmaßnahmen rechtfertigen kann, ist grundsätzlich nicht die Aufgabe des Arztes/der Ärztin. Vielmehr muss die Prüfungsbehörde diese aufgrund den von Ihnen übermittelten Informationen – zu denen d.Pat. seine/ihre Einwilligung erteilt – in eigener Verantwortung beantworten.**

Eine Diagnose als solche muss nicht bekannt geben werden, wenn bereits die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen Auswirkungen über die Prüfungsfähigkeit Aufschluss geben. (Die genaue Bezeichnung der Krankheit kann aber – insbesondere bei psychischen Leiden – zweckmäßig sein, da durch sie offensichtlich gemacht wird, dass die Leistungsfähigkeit d.Pat. erheblich beeinträchtigt ist.)

Auszufüllen vom behandelnden Arzt/von der behandelnden Ärztin:

Mit Einwilligung d.Pat. werden zur Beurteilung der Prüfungsfähigkeit durch die Rechtswissenschaftliche Fakultät folgende Angaben gemacht (ggf. durch gesonderte Atteste ergänzen!):

1. Name, Vorname und genaue Identifikation d.Pat. (Geburtsdatum/-ort):

.....
.....

2. Wann und durch wen wurde d.Pat. untersucht? (Datum/Name)

.....
.....

3. Über welche Gesundheitseinschränkungen hat d.Pat. bei der Untersuchung geklagt?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Welche Befunde haben Sie erhoben?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Wie lange dauert/e die von Ihnen festgestellten Erkrankung an?

Die Krankheit begann am (erster Tag/Datum)

und endete am (letzter Tag/Datum)

Ort/Datum/Unterschrift

(ggf. Praxisstempel)