



## Antrag auf Nachteilsausgleich für Austauschstudierende

**An den Prüfungsausschuss** (über das Prüfungsamt)

---

---

---

---

**Datum:**

### **Angaben zur Antragstellerin / zum Antragsteller**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Matrikelnummer \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Tel (freiwillig) \_\_\_\_\_

Fach/Fächer \_\_\_\_\_

**Das sollen Sie auf dieser Seite erläutern:**

Bitte bezeichnen Sie die Unterstützungsmaßnahmen so konkret wie möglich (z. B. Verlängerung der Bearbeitungszeit bei Klausuren um X %, bei Hausarbeiten um Y %, Zuweisung eines eigenen Bearbeitungsraums, Möglichkeit, Klausuren bei Bedarf durch Pausen zu unterbrechen, ...).

Geben Sie bitte an, auf welche Leistungsfeststellungsformen (z. B. Klausur, Hausarbeit, mündliche Prüfung, Exkursion, Praktikum) und welche Zeiträume sich die beantragten Maßnahmen beziehen (z. B. alle Klausuren während des Austauschsemesters; Hausarbeit im Rahmen der Lehrveranstaltung xxx, WS 2023/2024; Ersatz der Klausuren in den Lehrveranstaltungen durch mündliche Prüfungen, ...).

Wenn die beantragten Maßnahmen länger als zwei Semester ihre Gültigkeit haben sollen, machen Sie bitte dazu erklärende Angaben.

**Maßnahmen (Stellen Sie kurz Ihre Wünsche dar)**

1.

---

---

---

2.

---

---

---

3.

---

---

---

4.

---

---

---

## Begründung des Antrags

Die Begründung muss für Dritte nachvollziehbare Angaben enthalten. Diese Angaben müssen sich auf die Beeinträchtigung(en) sowie die damit zusammenhängenden Nachteile bzw. Erschwernisse bei Studien- und Prüfungsleistungen oder anderen Vorgaben beziehen. Sie sollten insbesondere erklären, wie sich die (gesundheitlichen) Beeinträchtigungen auf studienrelevante Aktivitäten auswirken (z. B. Schreiben, Lesen, Vortragen, Teilnehmen, Konzentrieren, in Gruppen arbeiten, ...).

*Diese Angaben müssen durch ein Attest / eine Stellungnahme einer der unten aufgeführten Personen / Stellen unterstützt werden und in dieser möglichst präzise bestätigt sein.*

**Bitte stellen Sie in den folgenden Zeilen Ihre Situation dar:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Beigefügte Nachweise** (bitte ankreuzen)

- Ärztliches Attest oder ärztliche Stellungnahme
- Stellungnahme approbierte/r psychologische/r Psychotherapeutin / Psychotherapeut
- Schwerbehindertenausweis (Kopie)
- Andere, nämlich \_\_\_\_\_

**Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers**

---

Ort, Datum

Unterschrift