



## **Antrag auf Nachteilsausgleich**

**bei länger andauernder oder ständiger Behinderung und/oder chronischer Erkrankung**

**Bitte per E-Mail über Ihren universitären E-Mail Account senden an:  
inklusion[at]uni-wuppertal.de**

Antrag für den (Teil-)Studiengang: \_\_\_\_\_  
(Bitte für jeden Teilstudiengang einen eigenen Antrag stellen!)

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Matrikelnummer: \_\_\_\_\_ (u.a. als E-Mail-Anschrift)

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Ich bin wegen länger andauernder oder ständiger Behinderung, chronischer Erkrankung oder einer psychischen Beeinträchtigung nicht in der Lage, Studien- und Prüfungsleistungen in der vorgeschriebenen Zeit und/oder in der vorgeschriebenen Form abzulegen.

Ich beantrage die Gewährung eines Nachteilsausgleichs aufgrund meiner Behinderung/chronischen Erkrankung für Prüfungen bzw. unbenotete Studienleistungen gem. § 64 Absatz 2 und 2a Hochschulgesetz NRW in Verbindung mit der geltenden Prüfungsordnung.

Als Nachweis ist eine Kopie (ein Scan) beigefügt:

- ärztliche/s, psychologische/s Attest/e, vom \_\_\_\_\_
- Anerkennungsbescheid des Versorgungsamtes vom: \_\_\_\_\_
- Sonstige/r Nachweis/e:

Meine Beeinträchtigung wirkt sich wie folgt auf Prüfungssituationen aus:

für weitere Ausführungen bitte ein zusätzliches Blatt beifügen



**Antrag auf Nachteilsausgleich vom**

von

für den (Teil-)Studiengang

Ich beantrage die Prüfungsmodifikation für die Studien- und Prüfungsleistungen

- für **dieses** Semester,
- für **das kommende** Semester,
- für **das gesamte Studium**,
- für **folgende** Studien- und Prüfungsleistung(en):

**Hiermit beantrage ich unter Berücksichtigung des § 64 Absatz 2 und 2a Hochschulgesetz NRW, in Verbindung mit der geltenden Prüfungsordnung, dass mein Nachteil ausgeglichen wird.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller\*in

Antrag bitte vollständig ausfüllen, unterschreiben, (einscannen) und per E-Mail über Ihren universitären E-Mail Account senden an: [inklusion\[at\]uni-wuppertal.de](mailto:inklusion[at]uni-wuppertal.de)

**Stellungnahme der Beratungsstelle  
zur Inklusion bei Behinderung/chronischer Erkrankung:**

Kopie/ (Scan) des/der Nachweise/s ist/sind beigelegt.

Als Beauftragter für Studierende mit Behinderung und chronischer Erkrankung der Bergischen Universität Wuppertal

- befürworte ich den Antrag.
- befürworte ich den Antrag nicht.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Beauftragte\*r für Studierende mit Behinderung/chron. Erkrankung

Bitte per E-Mail weiterleiten an das zuständige Team im ZPA!



**Antrag auf Nachteilsausgleich vom**

von

für den (Teil-)Studiengang

**Entscheidung  
des zuständigen Prüfungsausschusses:**

**Dem Antrag auf Nachteilsausgleich wird stattgegeben durch**

- eine Zeitverlängerung um \_\_\_\_\_ (Zeitangabe)
- die Zuweisung eines eigenen Bearbeitungsraums
- die Umwandlung einer schriftlichen in eine mündliche Prüfung
- die Umwandlung einer mündlichen in eine schriftliche Prüfung
- Sonstiges:

Begründung:

Nach Rücksprache mit der\*dem Beauftragten für Studierende mit Behinderung und chronischer Erkrankung der Bergischen Universität Wuppertal wird der **Antrag auf Nachteilsausgleich abgelehnt.**

Begründung:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Prüfungsausschuss

**Entscheidung bitte umgehend per E-Mail zurück an das Zentrale Prüfungsamt!**