

Antrag auf Nachteilsausgleich bei länger andauernder oder ständiger
Behinderung und/oder chronischer Erkrankung

Zur Vorlage beim Prüfungsausschuss des Teil-/Studiengangs _____
über das Zentrale Prüfungsamt (ZPA).

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Matrikelnummer: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

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.

Aus den beiliegenden Unterlagen ist zu entnehmen, wie sich die Behinderung/Erkrankung auf das Studium auswirkt.

Ich bitte unter Berücksichtigung des § 64 Absatz 2 Hochschulgesetz NRW, in Verbindung mit der geltenden Prüfungsordnung, um Gewährung eines Nachteilsausgleichs, der mir aufgrund meiner Behinderung/chron. Erkrankung in der Zwischen- bzw. Abschlussprüfung zusteht.¹

Als Nachweis ist beigefügt:

- Ärztliches Attest, vom: _____
- Psychologisches Attest, vom: _____
- Anerkennungsbescheid des Versorgungsamtes vom: _____
- Sonstiger Nachweis, und zwar: _____

Meine Beeinträchtigung wirkt sich wie folgt auf Prüfungssituationen aus:

¹ Bei der Erbringung von zeitabhängigen Studienleistungen (z.B. Hausarbeiten) gilt der Anspruch auf Nachteilsausgleich analog. Dies ist mit den Lehrenden abzuklären.

**Beratungsstelle zur Inklusion
bei Behinderung und/oder
chronischer Erkrankung**



Ich beantrage die Prüfungsmodifikation für alle Prüfungs- und Studienleistungen

- dieses Semesters, des kommenden Semesters,
 des gesamten Studiums, für folgende Studien- und Prüfungsleistung(en):

Als Nachteilsausgleich beantrage ich:

- eine Zeitverlängerung von ___ %
 die Zuweisung eines eigenen Bearbeitungsraums
 die Umwandlung einer schriftlichen in eine mündliche Prüfung
 die Umwandlung einer mündlichen in eine schriftlichen Prüfung
 sonstigen Nachteilsausgleich, und zwar: _____

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller_In

Stellungnahme der Beratungsstelle zur Inklusion bei Behinderung/ chron. Erkrankung:

Ein ärztliches/psychologisches Gutachten oder sonst. Nachweis liegt mir im Original vor und eine Kopie ist beigelegt. Als Beauftragter für Studierende mit Behinderung und chron. Erkrankung der Bergischen Universität Wuppertal befürworte ich den Antrag.

Ort, Datum, Unterschrift Beauftragter für Studierende m. Behinderung/ chron. Erkrankung, Stempel

Entscheidung der/des Prüfungsausschussvorsitzenden:

- Dem Antrag wird zugestimmt.
 Dem Antrag wird in folgendem Umfang zugestimmt:

- Dem Antrag kann nicht zugestimmt werden, weil

Ort, Datum, Unterschrift der/ des Prüfungsausschussvorsitz, Stempel

Bitte zurück an das ZPA zur weiteren Bearbeitung.