



Bestätigung über studienrelevante Beeinträchtigungen

Stand: 11/2020

Studierende mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen können für Studium und Prüfungen modifizierende Maßnahmen (Nachteilsausgleiche) beantragen, wenn Sie Studium und/oder Prüfungen aufgrund ihrer Beeinträchtigungen nicht unter den üblichen Bedingungen absolvieren können. Diese Bestätigung dient dem Prüfungsausschuss (Entscheidungsgremium) als Grundlage zur Entscheidung über solche modifizierenden Maßnahmen.

Es handelt sich um eine Bescheinigung und nicht um ein ausführliches medizinisches Gutachten. Die Angaben sollten für medizinische Laien nachvollziehbar sein. Bitte geben Sie hier keine (Details zu) Diagnose/n oder Krankengeschichte, wie beispielsweise ICD-10-Codes, bekannt. Relevant sind lediglich die Auswirkungen der Beeinträchtigung. Haben Sie vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Hintergrundinformationen:

Studierende mit Behinderungen und chronischen Krankheiten haben einen gesetzlich verankerten Anspruch auf Nachteilsausgleiche bei Prüfungen und im Studium (unter anderem aus Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz). Nachteilsausgleichende Maßnahmen sollen gewährleisten, dass Studierende mit einer Beeinträchtigung chancengleich studieren können.

Ein Anspruch auf Nachteilsausgleich besteht dann, wenn im konkreten Fall nachgewiesen wird, dass und wie sich die Beeinträchtigung erschwerend auf Studium/Prüfung(en) auswirkt. Für diesen Nachweis ist eine fachärztliche/psychotherapeutische Bestätigung notwendig. Diese dient dem Prüfungsausschuss als Grundlage zur Entscheidung über nachteilsausgleichende Maßnahmen. Ausschlaggebend sind dabei ausschließlich die Auswirkungen der Beeinträchtigung. Die Diagnose oder ein Grad der Behinderung sind für sich nicht entscheidend.

Angaben zum_zur Student_in

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Dauer der Beeinträchtigung

Seit wann besteht die Beeinträchtigung und wie ist die Entwicklungstendenz?
Kann eine Aussage über die voraussichtliche Dauer getroffen werden?

Fachärztliche Bestätigung

Nachname, Vorname: _____

(Fach-)Arzt_Ärztin bzw. Psychotherapeut_in für: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel