



Antrag auf Nachteilsausgleich

für Studierende mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen

1. Angaben zur Person

Name: _____

Matrikelnummer: _____

Studiengang: _____

Semester: _____

HBC E-Mail-Adresse: _____

Telefonnummer (freiwillig): _____

2. Art der Beeinträchtigung (freiwillige Angabe)

- ☐ Körperliche Beeinträchtigung
- ☐ Sinnesbeeinträchtigung (z. B. Seh- oder Hörbehinderung)
- ☐ Psychische Erkrankung
- ☐ Chronische Erkrankung
- ☐ Sonstiges: _____

(Nachweis wird bei Einreichung des Nachteilsausgleiches notwendig)

3a. Nachteilsausgleich während der Lehrveranstaltung

3b. Nachteilsausgleich für Prüfungen



4. Begründung

Bitte schildern Sie kurz die Beeinträchtigung und warum der beantragte Nachteilsausgleich erforderlich ist:

5. Nachweise

- ☐ Ärztliches Attest / Fachärztliches Gutachten. Dies sollte die Auswirkungen der Erkrankung beschreiben und angeben, welche Nachteilsausgleiche (ggf. in welchem Umfang) erforderlich sind.
- ☐ Schwerbehindertenausweis (Kopie)
- ☐ Bescheid anderer Stellen (z. B. BAföG-Amt)
- ☐ Sonstiges: _____

6. Einverständniserklärung

☐ Ich versichere, dass die Angaben korrekt sind und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten zum Zweck der Bearbeitung des Antrags gespeichert und verarbeitet werden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Hinweise:

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag mit allen Nachweisen an:

1. Den*die Beauftragten für Studierende mit Behinderungen oder direkt an den Prüfungsausschussvorsitzenden, wenn Sie den Antrag ohne Beteiligung des*der Beauftragten stellen möchten

Datenschutzhinweis: Die Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.