Westfälische Hochschule

Fachbereich Elektrotechnik und
angewandte Naturwissenschaften
Prüfungsamt der Abteilung
Physikalische Technik
2021_01_11

Allgemeine Informationen zur Beantragung eines Nachteilsausgleichs

Zur Vorlage beim Prüfungsamt

Der Antrag auf Nachteilsausgleich ist auch bei chronischen Erkrankungen für jeweils einen kompletten Prüfungsabschnitt in der Regel bis zwei Wochen vor Prüfungsanmeldung stellen.
Bei chronischen Erkrankungen kann auf eine erneute ärztliche Stellungnahme verzichtet werden, sofern die prüfungsrelevante Symptomatik unverändert ist. Für die Prüfungsabschnitte 1 und 2 zwischen Winter- und Sommersemester ist aufgrund des geringen zeitlichen Abstandes nur ein Antrag erforderlich.

Hinweise für Ärzte/-innen:

Bei Nachweis einer chronischen Krankheit, psychischen Erkrankung oder körperlicher Behinderung mit dauerhafter Einschränkung durch eine fachärztliche und/oder psychotherapeutische Stellungnahme haben die Betroffenen einen Anspruch auf Nachteilsausgleich in Studien- und Prüfungsangelegenheiten, wenn eine studien- bzw. prüfungsrelevante Symptomatik besteht.

Über den Antrag auf Nachteilsausgleich entscheidet der Prüfungsausschussvorsitzende.

Beschreiben Sie deshalb bitte die

Symptome der Erkrankung und die Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit

so ausführlich, dass eine Beurteilung ohne Rückfragen möglich ist. Die Angabe der Diagnose ist nicht erforderlich.

Mit Einverständnis der/des Studierenden kann sie in Einzelfällen zweckmäßig sein, wenn damit gleichzeitig auch die allgemeine Symptomatik der Erkrankung beschrieben wird.

Schwankungen in der Tagesform, Examensangst, Prüfungsstress u. ä. sind keine erheblichen Beeinträchtigungen im Sinne des Nachteilsausgleichs!

Westfälische Hochschule

Fachbereich Elektrotechnik und angewandte Naturwissenschaften
Prüfungsamt der Abteilung Physikalische Technik
2021_01_11

Ärztliche Stellungnahme zur Beantragung eines Nachteilsausgleichs

Untersuchte Person

_____ _____ _____
Name Vorname Geburtsdatum

_____ _____ _____
Straße und Hausnummer PLZ Wohnort

Erklärung des Arztes/der Ärztin

Die Erkrankung des Patienten führt zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit

☐ **ja** ☐ **nein**

Medizinische Befundtatsachen/Krankheitssymptome:

_____

_____

Die Beeinträchtigung ist ☐ dauerhaft **/** ☐ voraussichtlich befristet bis _____

Empfohlene Maßnahmen, um die Beeinträchtigung im Studium auszugleichen:

_____

Empfohlene Prüfzeitverlängerung je Prüfungsstunde in Minuten: _____

_____
Name behandelnde(r) Ärztin/Arzt

_____ _____
Stempel der Praxis Datum und Unterschrift

Westfälische Hochschule

Fachbereich Elektrotechnik und angewandte Naturwissenschaften
Prüfungsamt der Abteilung Physikalische Technik
2021_01_11

Formular zur Beantragung eines Nachteilsausgleichs

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Matr.-Nr.:
Straße / Nr.:	PLZ/Ort:

Ich beantrage einen Nachteilsausgleich für den folgenden Prüfungsabschnitt.

Prüfungsabschnitt ☐1/2 oder ☐3 oder ☐4 im Jahr __ __ __ __

Ärztliche Stellungnahme ist beizufügen.

Datum, Unterschrift (Studierender)

Dem Antrag auf Nachteilsausgleich wird stattgegeben

☐ja / ☐nein

Die Prüfzeit bei Prüfungen wird um _____ Minuten pro Stunde verlängert.

Bemerkungen:

Datum, Unterschrift (Prüfungsausschussvorsitzender)