



## Antrag auf Nachteilsausgleich für Prüfungsleistungen

bei längeren Erkrankungen oder Behinderungen  
oder schwangerschaftsbedingten Einschränkungen

*Hinweis: Bei Antrag auf „regulären“ Prüfungsrücktritt aufgrund (kurzfristiger) Krankheit nutzen Sie bitte das jeweilige Formular Ihres Prüfungsamtes bzw. das Ticketsystem. Bitte erkundigen Sie sich, in welcher Form dieser Prüfungsrücktritt bei Ihrem zuständigen Prüfungsamt beantragt werden muss.*

Bitten füllen Sie nachfolgenden Antrag auf Nachteilsausgleich möglichst präzise und ausführlich aus. Die Angaben zur Erkrankung können entweder durch den antragstellenden Studierenden ausgefüllt werden und sind durch eine/n Arzt/Ärztin o.ä. zu bestätigen. Alternativ kann auch ein/e behandelnde/r Arzt/Ärztin diese Angaben ausfüllen.

Der vollständig ausgefüllte Antrag ist bei dem **für das Studienfach zuständigen Prüfungsamt** bzw. **bei Doppelstudiengängen bei den jeweils zuständigen Prüfungsämtern** (sofern der Antrag für alle Studienfächer gestellt wird) einzureichen. Sollte sich Ihr Begehren auf andere Studienbereiche (Lehrveranstaltungen o.ä.) beziehen, nehmen Sie bitte Kontakt mit den jeweiligen Lehrenden auf.

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Matrikelnummer:	
Anschrift (Straße, PLZ, Ort):	
Mail-Adresse:	
Angestrebter Abschluss:	<input type="checkbox"/> Bachelor of Arts
	<input type="checkbox"/> Bachelor of Science
	<input type="checkbox"/> Master of Arts
	<input type="checkbox"/> Master of Science
	<input type="checkbox"/> Lehramt Jenaer Modell
	<input type="checkbox"/> Staatsexamen
	<input type="checkbox"/> Sonstiger Abschluss:
Studienfach/Studienfächer:	
Art des Antrags:	<input type="checkbox"/> Erstantrag
	<input type="checkbox"/> Folgeantrag



1. Bezieht sich Ihr Antrag auf einzelne oder alle Prüfungen/Prüfungsformen? Geben Sie hier bitte nähere Angaben zur Art und Form der betroffenen Prüfung/en an (Prüfungsnummer, Modulbezeichnung, Dozierenden/Prüfenden, Prüfungsdatum u.ä.)

2. Welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen liegen vor, die eine Prüfungsteilnahme verhindern oder einschränken? Welche typischen Ausprägungen, Symptome und Einschränkungen bringt Ihre Erkrankung mit sich?

*Hinweis: Die Angabe von konkreter Krankheitsbezeichnung bzw. ICD10-Code ist zunächst freiwillig, kann jedoch entscheidungsrelevant sein und daher nachgefordert werden. Zwingend erforderlich hingegen sind in jedem Fall Angaben zu Symptomen und Einschränkungen im Rahmen der Erkrankung / Behinderung.*

3. Wie lange dauert die Erkrankung oder Behandlung bereits an? Gibt es Aussagen zur voraussichtlichen Dauer der Erkrankung bzw. eine Prognose (dauerhaft, vorübergehend)?

4. Welche Nachteile entstehen Ihnen durch diese Beeinträchtigungen? Wie wirken sich diese auf Prüfungssituationen aus? Wie ist oder wie wird die Prüfungssituation konkret beeinträchtigt?



**Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bei (z.B. (fach)ärztliche Atteste, Bescheinigungen / Berichte von Behandlungen, Therapien oder Krankenhausaufenthalten, Stellungnahmen approbierter Psychologen, Schwerbehindertenausweis, etc. (nicht abschließend)).**

5. Wie könnten die entstehenden Nachteile für Sie bestenfalls ausgeglichen werden? Welche Maßnahmen (in Bezug auf Studien- und Prüfungsleistungen, Fristen, andere Vorgaben etc.) würden Ihnen konkret helfen? Für welchen Zeitraum wünschen Sie diese Maßnahmen? Wurden bereits an anderen Schulen oder Hochschulen Nachteilsausgleiche gewährt?

*Hinweis: Über geeignete Maßnahmen zum Nachteilsausgleich entscheidet das zuständige Entscheidungsgremium. Ihre Angaben dienen hierzu als Orientierung, stellen allerdings keine Garantie dar, dass diese auch so beschlossen werden.*

**Datenschutzhinweis:**

Wir nutzen Ihre Daten ausschließlich für die Bearbeitung Ihres Nachteilsausgleichs. Die Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitungen zu diesem Zweck ist Ihre ausdrückliche Einwilligung gemäß Art. 9 Abs.2 lit. a) DSGVO. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter <https://www.uni-jena.de/20095/datenschutz>.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragstellende/r bzw. Studierende/r

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
(Praxis-/)Arztstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt/Ärztin