

Please go to page 3 for the English version

Universität Passau Prüfungssekretariat  
z. Hd. \_\_\_\_\_  
Innstraße 41  
94032 Passau

<b>Ihr Studiengang:</b>	
<b>Version Prüfungsordnung:</b>	

## Antrag auf „Nachteilsausgleich“ für Studierende mit langfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen

Erstantrag an der Universität Passau

Folgeantrag an der Universität Passau

Name		Vorname	
Matrikelnummer		Fachsemester	
Adresse		E-Mail	
		Telefon	

**Gesundheitliche Beeinträchtigung:**

Diagnose/ Bezeichnung / ICD	
-----------------------------	--

**Beantragte Maßnahmen / Prüfungsmodifikationen:**  
*Bitte formulieren Sie die Maßnahmen so präzise wie möglich.*

--

**Für folgenden Zeitraum möchte ich Nachteilsausgleich beantragen:**

Nur für bestimmte Prüfung(en):	
--------------------------------	--

Nur für bestimmtes Semester:	
------------------------------	--

Dauerhaft:	<input type="checkbox"/> Hiermit beantrage ich den Nachteilsausgleich für mein gesamtes Studium
------------	---

Liegt Ihnen eine Genehmigung von Nachteilsausgleichsmaßnahmen für Ihr gesamtes Studium vor, müssen Sie dennoch jedes Semester rechtzeitig anmelden, für welche Prüfungen Sie Ihre gewährte Maßnahme in Anspruch nehmen möchten. Nähere Informationen und das entsprechende Formular finden Sie unter <https://www.uni-passau.de/pruefungssekretariat/nachteilsausgleich>.

**Begründung des Antrags (prüfungsrelevante Auswirkungen):**

*Begründen Sie Ihren Antrag so, dass Dritte ihn nachvollziehen können. Dabei beziehen Sie Ihre Angaben bitte auf die Beeinträchtigung(en) sowie die damit zusammenhängenden Nachteile bzw. Erschwernisse bei Studien- und Prüfungsleistungen.*

*Sie sollten insbesondere erklären, wie sich die (gesundheitlichen) Beeinträchtigungen auf studienrelevante Aktivitäten auswirken, z. B. Schreiben mit der Hand, Tippen, Sitzen, Lesen, Vortragen, Teilnehmen, Konzentrieren, in Gruppen arbeiten.*

**Beigefügte Nachweise:**

- Aktuelles fachärztliches oder ärztliches Attest (nicht älter als 3 Monate).
- Kopie Schwerbehindertenausweis (sofern vorhanden)
- Stellungnahme der beauftragten Person für Studierende mit Beeinträchtigungen (falls vorhanden)
- Anderer Nachweis: \_\_\_\_\_

Passau, den	_____	Unterschrift	_____
-------------	-------	--------------	-------

Interner Bearbeitungsvermerk:  
An Sachbearbeiter weitergegeben am \_\_\_\_\_ Namenszeichen \_\_\_\_\_

University of Passau Examinations Office  
 attn: \_\_\_\_\_  
 Innstr. 41  
 94032 Passau  
 Germany

<b>Your degree programme:</b>	
<b>Exam regulation version:</b>	

## Application for exam access arrangements for students with long-term health impairments

First application at the University of Passau     Follow-up application at the University of Passau

Family Name		Given name(s)	
Matriculation number		Semester on the programme	
Address		E-mail	
		Telephone	

### Health impairment:

Diagnosis / Name / ICD

### Requested measures / Exam modifications:

*Please formulate the measures as precisely as possible.*

### I would like to apply for exam access arrangements for the following period:

Only for certain exam(s):

Only for certain semester(s):

Permanent:

I hereby apply for the exam access arrangement for my entire degree programme

If you are approved for exam access arrangements for your entire degree programme, you must still register in good time each semester for which examinations you would like to have your approved measures apply. Further information and the corresponding form can be found at <https://www.uni-passau.de/en/examinations-office/access-arrangements>.

**Explanation of the application (exam-relevant issues):**

*Please explain the reasons for your application in such a way that third parties can understand it. Please provide information on the impairment(s) and the associated disadvantages or difficulties in study and exam performance.*

*In particular, they should explain how the (health) impairments affect study-related activities, e.g. writing by hand, typing, sitting, reading, presenting, participating, concentrating, working in groups.*

**Enclosed evidence:**

- Current specialist or medical certificate (not older than 3 months)
- Copy of severely disabled person's pass (if available)
- Statement from the Student Disabilities Officer (if available)
- Other evidence: \_\_\_\_\_

Please sign and hand in the German version of this application form.

Passau, (date)	Signature
----------------	-----------

For office use – do not fill in

Forwarded to the person in charge at \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_