

auszustellen durch eine:n:

Amtsärztin:Amtsarzt, Fachärztin:Facharzt, Hausärztin:Hausarzt (nur bei Zusammenfassung der fachärztlichen Berichte), Kinder- und Jugendpsychiaterin:Kinder- und Jugendpsychiater (bis 21. Lebensjahr) oder approbierte:n Psychotherapeutin:Psychotherapeut

Nachweis zum Antrag auf Nachteilsausgleich aufgrund einer Behinderung oder chronischen Erkrankung

➔ zur Vorlage an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf durch den:die Studierende:n

Hinweis an den:die Amtsärztin:Amtsarzt, Fachärztin:Facharzt, Hausärztin:Hausarzt, Kinder- und Jugendpsychiaterin:Kinder- und Jugendpsychiater oder approbierte:n Psychotherapeutin:Psychotherapeut:

Die HHU hat es sich zur Aufgabe gemacht, Studierende mit einer Behinderung oder chronischen Erkrankung bei der erfolgreichen Durchführung ihres Studiums so gut wie möglich zu unterstützen. Das Ziel eines Nachteilsausgleiches ist es, bestmögliche Bedingungen für betroffene Studierende zu schaffen, ihre Studien- und Prüfungsleistungen ohne Benachteiligung erbringen zu können. Ein Nachteilsausgleich stellt dabei keinen Vorteil für Studierende dar, sondern soll durch bestimmte Maßnahmen die Nachteile ausgleichen, die aufgrund einer Behinderung oder chronischen Erkrankung im Studium entstehen. **Nachteilsausgleiche sind immer einzelfallabhängig, da sie bedarfsorientiert und individuell auf Personen sowie die dazugehörigen Studien- und Prüfungsleistungen abgestimmt werden. Um die Maßnahmen bestmöglich gestalten zu können, bitten wir Sie, in Ihren Ausführungen für medizinische Laien nachvollziehbar darzustellen, wie sich die Behinderung oder chronische Erkrankung konkret auf das Studium bzw. auf Prüfungen auswirkt. Die Angabe einer Diagnose ist dabei nicht zwingend erforderlich.**

1. Angaben zur Person

Vorname: _____ Nachname: _____
Geburtsort: _____ Geburtsdatum: _____

2. Angaben zur Behandlung

Die o.g. Person

- wurde hier heute zum ersten Mal vorstellig.
 befindet sich seit längerem hier in Behandlung.

3. Angaben zu Auswirkungen auf das Studium bzw. Prüfungen

Ich bestätige, dass eine Behinderung oder chronische Erkrankung bei o.g. Person vorliegt und dass diese zu Beeinträchtigungen

➔ Bitte beziehen Sie die Auswirkungen so konkret wie möglich auf das Studium (z.B. einer Vorlesung, etc.) oder auf die jeweilige Prüfungssituation (z.B. bei einer Klausur, einer mündlichen Prüfung, etc.).

im **Studium** führen und zwar wie folgt:

auszustellen durch eine:n:

Amtsärztin:Amtsarzt, Fachärztin:Facharzt, Hausärztin:Hausarzt (nur bei Zusammenfassung der fachärztlichen Berichte), Kinder- und Jugendpsychiaterin:Kinder- und Jugendpsychiater (bis 21. Lebensjahr) oder approbierte:n Psychotherapeutin:Psychotherapeut

Nachweis zum Antrag auf Nachteilsausgleich aufgrund einer Behinderung oder chronischen Erkrankung

➔ zur Vorlage an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf durch den:die Studierende:n

in **Prüfungssituationen** führen und zwar wie folgt:

➤ Sollte der Platz nicht ausreichen, fügen Sie weitere Ausführungen bitte als Anlage bei.

4. Angaben zur Dauer der Einschränkung

Die unter Punkt 3 beschriebenen Einschränkungen werden voraussichtlich andauern für

➔ Bitte konkretisieren Sie die voraussichtliche Dauer so genau wie möglich (z.B. mind. einen Monat, max. ein Jahr, o.ä.).

Mit einer Änderung des Gesundheitszustandes ist **nicht zu rechnen**.

Keine Angabe möglich.

5. Empfehlungen zum Nachteilsausgleich

Nachfolgend gebe ich für die unter Punkt 3 aufgeführten Einschränkungen die nachstehenden Empfehlungen für einen Nachteilsausgleich,

➔ Beispiele für einen Nachteilsausgleich: Schreibzeitverlängerung bei einer Klausur (unter Angabe der Verlängerungsdauer), Fristverlängerungen bei der Abgabe der Abschlussarbeit (unter Angabe der Verlängerungsdauer), Pausen während einer Prüfung (unter Angabe der Häufigkeit und Dauer der Pausen), Nutzung von technischen Hilfsmitteln (unter Angabe der Hilfsmittel), usw.

bezogen auf das **Studium** und zwar:

bezogen auf **Prüfungssituationen** und zwar:

➤ Sollte der Platz nicht ausreichen, fügen Sie weitere Ausführungen bitte als Anlage bei.

Ort, Datum

Unterschrift ⁽¹⁾

Praxisstempel

⁽¹⁾ Unterschrift durch die:den Amtsärztin:Amtsarzt, Fachärztin:Facharzt, Hausärztin:Hausarzt, Kinder- und Jugendpsychiaterin:Kinder- und Jugendpsychiater oder approbierte:n Psychotherapeutin:Psychotherapeut