



Universität Leipzig, Beauftragte für Studierende mit Behinderung und  
chronischen Erkrankungen, Dittrichring 5-7, Raum 005, 04109 Leipzig

**Bitte senden Sie Ihren ausgefüllten Antrag an Ihren Prüfungsausschuss!**

## Antrag auf Nachteilsausgleich

Matrikelnummer: \_\_\_\_\_

Studiengang: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

### Dauer der gesundheitlichen Beeinträchtigung

(dauerhaft, vorübergehend, Prognose)

\_\_\_\_\_

**Antrag an den Prüfungsausschuss Ihres Studienfaches (Adresse):**

### Beantragte Maßnahmen des Nachteilsausgleichs

#### Hinweis:

Bitte geben Sie so genau wie möglich an, welche Art des Nachteilsausgleiches Sie beantragen und auf welche Studiensituation/en beziehungsweise Prüfungsleistung/en sich dieser bezieht.

## **Begründung des Antrages**

Bitte erklären Sie, wie sich Ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen konkret auf Ihr Studium bzw. die Prüfungen auswirken und warum Sie sich daher in Ihrer gleichberechtigten Teilhabe am Studium benachteiligt fühlen. Ihre Erläuterungen müssen für Dritte gut nachvollziehbar sein.

## **Nachweise (zutreffendes bitte ankreuzen)**

fachärztliches Attest

Stellungnahme eines Psychologischen Psychotherapeuten oder einer Psychologischen Psychotherapeutin

Stellungnahme der Senatsbeauftragten für Studierende mit Behinderung und chronischen Erkrankungen der Universität Leipzig bzw. deren Mitarbeiterin

Sonstiger:

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.

Ort, Datum.....

Unterschrift.....

Bei Fragen zur Beantragung von Nachteilsausgleichen wenden Sie sich bitte an die Mitarbeiterin der Senatsbeauftragten für Studierende mit Behinderung und chronischen Erkrankungen. Kontakt: [uni-leipzig.de/+smb](mailto:uni-leipzig.de/+smb)