

Antrag auf Nachteilsausgleich im Studium bzw. bei Prüfungen für Studierende mit Behinderung oder chronischer Erkrankung

des BA-/ MA –Studiengangs _____

im Fachbereich _____

I. Persönliche Angaben der antragstellenden Person

Nachname _____

Vorname _____

Matrikelnummer _____

Fachsemester _____

Hochschul-E -Mail _____

Telefonnummer (optional) _____

II. Beantragung nachteilsausgleichender Maßnahmen

Bitte bezeichnen Sie die Maßnahmen so konkret wie möglich.

Gewünschte Maßnahme/Zeitraum bzw. Zeitpunkt der Maßnahme/Lehrveranstaltung/ Prüfung/
Praxissemester/ Modul

(ggf. Fortsetzung auf einem Extrablatt)

III. Angaben zur Beeinträchtigung

Beschreibung der Behinderung, Bezeichnung der chronischen Erkrankung

(ggf. Fortsetzung auf einem Extrablatt)

IV. Begründung des Antrags

Begründung, aus der für Dritte nachvollziehbar hervorgeht, wie die Beeinträchtigung sich auf Studium oder Prüfungen konkret auswirkt und aus der nachvollziehbar wird, inwiefern die beantragten Maßnahmen die Situation konkret verbessern.

(ggf. Fortsetzung auf einem Extrablatt)

V. Beigefügte Nachweise (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Geeignete Nachweise der Beeinträchtigung, möglichst mit Empfehlung für einen konkreten Nachteilsausgleich

- ☐ Fachärztliches Attest oder fachärztliche Stellungnahme
- ☐ Stellungnahme einer oder eines approbierten psychologischen Psychotherapeut:in
- ☐ Stellungnahme oder Bericht eines Rehabilitationsträgers
- ☐ Andere, und zwar _____

VI. Einwilligung zur Weitergabe personenbezogener Daten an das Inklusionsbüro

Warum diese Einwilligung sinnvoll ist:

Das Inklusionsbüro kann Sie im Verfahren zum Nachteilsausgleich beraten und unterstützen. Zusätzlich helfen Ihre (ggf. anonymisierten) Daten, das Thema Inklusion an unserer Hochschule zu verbessern.

Einwilligungserklärung:

Ich willige ein, dass der/die Prüfungsausschussvorsitzende die in diesem Antrag enthaltenen personenbezogenen Daten, einschließlich Gesundheitsdaten (z. B. fachärztliche Atteste oder Stellungnahmen), an das Inklusionsbüro/ den Beauftragten für Studierende mit Behinderung oder chronischer Erkrankung der Technischen Hochschule Ostwestfalen-Lippe weiterleitet.

Die Weitergabe erfolgt ausschließlich zu folgenden Zwecken:

- Beratung und Unterstützung im Verfahren zum Nachteilsausgleich
- Rücksprache bzw. Austausch im Falle einer Ablehnung des Antrags
- Erhebung von Kennzahlen und statistische Auswertung (in anonymisierter Form)
- Verbesserung der Inklusionsmaßnahmen an der Hochschule

Hinweise: Die Einwilligung ist freiwillig. Wenn Sie die Einwilligung nicht erteilen oder widerrufen, entstehen Ihnen dadurch keinerlei Nachteile.

Ohne Einwilligung werden Ihre Daten nur anonymisiert weitergegeben.

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Die ausführliche Datenschutzerklärung finden Sie hier.

Die Weitergabe erfolgt durch die/ den Prüfungsausschussvorsitzende(n). Zusätzlich können Sie den Antrag freiwillig parallel an das Inklusionsbüro (inklusionsbuero@th-owl.de) senden.

☐ Den Hinweis zum Widerruf und die beigefügte Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen.

Unterschrift zur Einwilligung (freiwillig)

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

VII. VII. Antrag auf Nachteilsausgleich – Bestätigung der Angaben

Mit meiner Unterschrift beantrage ich den Nachteilsausgleich und bestätige, dass die Angaben in diesem Antrag vollständig und wahrheitsgemäß sind.

(Diese Unterschrift bezieht sich nicht auf die Einwilligung zur Datenweitergabe in Abschnitt VI.)

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Hinweis: Dieser Antrag ist beim Prüfungsausschussvorsitzenden einzureichen. Bitte beachten Sie, dass die Entscheidung über den Antrag in Einzelfällen bis zu sechs Wochen dauern kann.

Weitere ausführliche Informationen zum Studium mit Behinderung oder chronischer Krankheit und alle Kontaktmöglichkeiten finden Sie auf den [Internetseiten des Inklusionsbüros](#).