Zur Vorlage an die Studiegangsleitung

**Bestätigung über studienrelevante Funktionseinschränkungen**

Diese Bestätigung dient dem MCI als Grundlage für eine **mögliche Abänderung der jeweils vorgesehenen Prüfungsformen[[1]](#footnote-1).** Bitte geben Sie hier **KEINE (Details zu) Diagnose/n oder Krankheitsgeschichte** bekannt. Relevant sind lediglich Funktionseinschränkungen, die im Studium zum Tragen kommen.

Ein Rechtsanspruch auf eine abweichende Prüfungsmethode setzt voraus, dass

* ein Nachweis der Behinderung (medizinische Begründung inkl. fachärztlicher Bestätigung) vorliegt,
* die nachgewiesene Behinderung eine abweichende Prüfungsform tatsächlich erforderlich macht und
* Inhalt und Anforderung der Prüfung durch eine abweichende Methode nicht beeinträchtigt werden.

## Angaben zum/zur Studierenden:

|  |  |
| --- | --- |
| Studiengang: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Matrikelnummer: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Zuname: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Vorname: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Adresse: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| E-Mail: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefonnummer: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Ich nehme zur Kenntnis, dass für die Sicherstellung (m)eines Studienverlaufs die von mir angegeben Inhalte innerhalb der Administration des Studiengangs ggf. unter Miteinbezug des relevanten Lehrpersonals verarbeitet werden.

|  |  |
| --- | --- |
| Datum | Unterschrift Studierende:r |

## Angaben des Facharztes / der Fachärztin zu studienrelevanten Funktionseinschränkungen auf physischer, psychischer, kognitiver und/oder sozialer Ebene (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen):

## Art der Einschränkung

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Grobmotorik | | | |
| Laufen | vorübergehend\* | | permanent |
| Gehen | vorübergehend\* | | permanent |
| Sitzen | vorübergehend\* | | permanent |
| Stehen | vorübergehend\* | | permanent |
| Feinmotorik | | | |
| Sprechbeeinträchtigt | vorübergehend\* | | permanent |
| Feinmotorik (Hand / Finger) | vorübergehend\* rechts | | permanent rechts |
| vorübergehend\* links | | permanent links |
| Hörbeeinträchtigung | | | |
| Leicht (bis 30 dB) | vorübergehend\* rechts | | permanent rechts |
| vorübergehend\* links | | permanent links |
| Mittel (30-60 dB) | vorübergehend\* rechts | | permanent rechts |
| vorübergehend\* links | | permanent links |
| Schwer (60-90 dB) | vorübergehend\* rechts | | permanent rechts |
| vorübergehend\* links | | permanent links |
| Gehörlos (ab 90 dB) | vorübergehend\* rechts | | permanent rechts |
| vorübergehend\* links | | permanent links |
| Sehbeeinträchtigung | | | |
| Eingeschränktes Kontrastsehen | vorübergehend\* rechts | | permanent rechts |
| vorübergehend\* links | | permanent links |
| Eingeschränktes Farbsehen | vorübergehend\* rechts | | permanent rechts |
| vorübergehend\* links | | permanent links |
| Eingeschränktes Gesichtsfeld | vorübergehend\* rechts | | permanent rechts |
| vorübergehend\* links | | permanent links |
| Hochgradige Sehbehinderung  (Sehrest ≤ 5 Prozent) | vorübergehend\* rechts | | permanent rechts |
| vorübergehend\* links | | permanent links |
| Blindheit  (Sehrest ≤ 2 Prozent) | vorübergehend\* rechts | | permanent rechts |
| vorübergehend\* links | | permanent links |
| Kognitive und psychische Beeinträchtigung | | | |
| Kognitive und/oder  psychische Beeinträchtigung: | vorübergehend\* | | permanent |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| Teilleistungsstörungen | | | |
| Lesestörung | | Rechtschreibstörung | |
| Rechenschwäche | | Dyspraxie | |
| Andere studienrelevante Beeinträchtigungen (Bitte jeweils Angabe, ob vorübergehend oder permanent – ggf. mit Angabe eines Zeitrahmens): | | | |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | |

\*Falls vorübergehend, bitte geben Sie jeweils einen Zeitraum an.

2.2 Auswirkung der Beeinträchtigung

Angegebene Beeinträchtigungen können dazu führen, dass der Besuch / die Anwesenheit von / bei Lehrveranstaltungen nicht möglich ist:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| stundenweise | tageweise | wochenweise |

Angegebene Beeinträchtigungen können dazu führen, dass Leistungserbringung (z.B.: Selbststudium, Hausübungen, Gruppenarbeiten, schriftliche Arbeiten etc.) nicht möglich ist:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| stundenweise | tageweise | wochenweise |

Worauf wirkt sich die studienrelevante Funktionsbeeinträchtigung aus?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Schriftliche Prüfungen | Mündliche Prüfungen | Präsentationen |

Wie wirkt sich die studienrelevante Funktionsbeeinträchtigung insbesondere in der Prüfungssituation aus?

|  |
| --- |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Bestätigung der Fachärztin / des Facharztes:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vorname | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Nachname | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Facharzt/Fachärztin für | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Adresse | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Datum | Stempel | Unterschrift Facharzt/Fachärztin |

1. Siehe Fachhochschulgesetz §13 (2) idgF: Studierende haben das Recht auf eine abweichende Prüfungsmethode, wenn eine Behinderung nachgewiesen wird, die die Ablegung der Prüfung in der vorgeschriebenen Methode unmöglich macht und der Inhalt und die Anforderungen der Prüfung durch eine abweichende Methode nicht beeinträchtigt werden.

   [↑](#footnote-ref-1)