

Antrag auf Nachteilsausgleich bei Prüfungen

Name:

Matrikelnummer:

Studiengang:

Datum:

Folgende Beeinträchtigung/Behinderung/chronische Krankheit besteht:

Die obige Beeinträchtigung besteht

dauerhaft

voraussichtlich mindestens bis einschließlich _____

**Einfluss der Beeinträchtigung auf das Studium/Prüfungen/bestimmte
Veranstaltungen/bestimmte Prüfungsformen:**

**Aufgrund der vorgenannten Beeinträchtigung wird folgender
Nachteilsausgleich für folgende
Veranstaltungen/Prüfungen/Veranstaltungsarten/Prüfungsarten beantragt:**

**Folgende/r Nachweis/e (z.B. ärztliches Attest) ist/sind dem Antrag
beigefügt:**

Hamburg, den _____

_____ (Unterschrift der/des Antragstellerin/s)