

In Kopie an die Servicestelle „Barrierefrei studieren“
barrierefrei-studieren@donau-uni.ac.at

(Diagnosefreie) Fachärztliche Bestätigung über studienrelevante Funktionsbeeinträchtigungen

Diese Bestätigung dient der Universität für Weiterbildung Krets als Grundlage zur Änderung von Prüfungsmodalitäten für Studierende.
Bitte geben Sie KEINE Details zu Diagnose(n) oder zur Krankengeschichte bekannt! Relevant sind lediglich die Funktionsbeeinträchtigungen,
die im Studium zum Tragen kommen.

1. Angaben zur Person

Matrikelnummer

FAMILIENNAME(N)

Geburtsdatum

Vorname(n)

Telefon

E-Mail

Weiterbildungsstudienprogramm

2. Angaben zur studienrelevanten Funktionsbeeinträchtigung (Bitte ankreuzen und ergänzen)

Grobmotorik

- | | | |
|---------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Laufen | <input type="checkbox"/> vorübergehend | <input type="checkbox"/> permanent |
| <input type="checkbox"/> Gehen | <input type="checkbox"/> vorübergehend | <input type="checkbox"/> permanent |
| <input type="checkbox"/> Sitzen | <input type="checkbox"/> vorübergehend | <input type="checkbox"/> permanent |
| <input type="checkbox"/> Stehen | <input type="checkbox"/> vorübergehend | <input type="checkbox"/> permanent |

Feinmotorik

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sprechbeeinträchtigung oder Sprechstörung | <input type="checkbox"/> vorübergehend | <input type="checkbox"/> permanent |
| <input type="checkbox"/> Feinmotorik (Hand/Finger) | <input type="checkbox"/> vorübergehend | <input type="checkbox"/> permanent |

Hörbeeinträchtigungen

- | | | | | |
|---|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Leicht (bis 30dB) | <input type="checkbox"/> vorübergehend rechts | <input type="checkbox"/> vorübergehend links | <input type="checkbox"/> permanent rechts | <input type="checkbox"/> permanent links |
| <input type="checkbox"/> Mittel (30-60dB) | <input type="checkbox"/> vorübergehend rechts | <input type="checkbox"/> vorübergehend links | <input type="checkbox"/> permanent rechts | <input type="checkbox"/> permanent links |
| <input type="checkbox"/> Schwer (60-90dB) | <input type="checkbox"/> vorübergehend rechts | <input type="checkbox"/> vorübergehend links | <input type="checkbox"/> permanent rechts | <input type="checkbox"/> permanent links |
| <input type="checkbox"/> Gehörlos (ab 90dB) | <input type="checkbox"/> vorübergehend rechts | <input type="checkbox"/> vorübergehend links | <input type="checkbox"/> permanent rechts | <input type="checkbox"/> permanent links |

Sehbeeinträchtigungen

- | | | | | |
|--|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Eingeschränktes Kontrastsehen | <input type="checkbox"/> vorübergehend rechts | <input type="checkbox"/> vorübergehend links | <input type="checkbox"/> permanent rechts | <input type="checkbox"/> permanent links |
| <input type="checkbox"/> Eingeschränktes Farbsehen | <input type="checkbox"/> vorübergehend rechts | <input type="checkbox"/> vorübergehend links | <input type="checkbox"/> permanent rechts | <input type="checkbox"/> permanent links |
| <input type="checkbox"/> Eingeschränktes Gesichtsfeld | <input type="checkbox"/> vorübergehend rechts | <input type="checkbox"/> vorübergehend links | <input type="checkbox"/> permanent rechts | <input type="checkbox"/> permanent links |
| <input type="checkbox"/> Hochgradige Sehbehinderung | <input type="checkbox"/> vorübergehend rechts | <input type="checkbox"/> vorübergehend links | <input type="checkbox"/> permanent rechts | <input type="checkbox"/> permanent links |
| <input type="checkbox"/> Blindheit | <input type="checkbox"/> vorübergehend rechts | <input type="checkbox"/> vorübergehend links | <input type="checkbox"/> permanent rechts | <input type="checkbox"/> permanent links |

Kognitive oder psychische Beeinträchtigungen

- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung | <input type="checkbox"/> vorübergehend | <input type="checkbox"/> permanent |
| <input type="checkbox"/> Angst in Leistungssituationen | <input type="checkbox"/> vorübergehend | <input type="checkbox"/> permanent |
| <input type="checkbox"/> Probleme im Verständnis sozialer Situationen | <input type="checkbox"/> vorübergehend | <input type="checkbox"/> permanent |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | <input type="checkbox"/> vorübergehend | <input type="checkbox"/> permanent |

Teilleistungsstörungen

- Lesestörung Rechtschreibstörung Rechenschwäche Entwicklungsstörung der Koordination und Motorik

Andere studienrelevante Beeinträchtigungen (z.B. chronische Erkrankungen)

- vorübergehend permanent

- vorübergehend permanent

- vorübergehend permanent

- vorübergehend permanent

3. Auswirkung der Beeinträchtigung(en) auf das Studium (Bitte ankreuzen und ergänzen)

Angegebene Beeinträchtigung(en) führen dazu, dass die Leistungserbringung wie im Curriculum vorgesehen NICHT möglich ist (z.B. Anwesenheit, Prüfungen, Hausarbeiten, Gruppenarbeiten, schriftliche Arbeiten, Präsentationen, Exkursionen...), weil:

- (voraussichtliche) Dauer der Auswirkung bis permanent

4. Empfehlung zum Nachteilsausgleich (Bitte ankreuzen und ergänzen)

- Änderung der Prüfungsform
- Schriftliche statt mündliche Prüfungen
- Mündliche statt schriftliche Prüfungen
- Hausarbeiten statt Referate
- Referate statt Hausarbeiten
- Einzelarbeiten statt Gruppenarbeiten
- Gruppenarbeiten statt Einzelarbeiten
- Schriftliche Leistungsfeststellung statt Teilnahme an Exkursion

Schreibzeitverlängerung bei schriftlichen Prüfungen um

Verlängerung von Vorbereitungszeiten bei mündlichen Prüfungen um

- Verlängerung der Bearbeitungszeit um tatsächlich anfallende Pausenzeiten
- Prüfungen in separaten Räumen mit eigener Aufsicht
- Verwendung von technischen Hilfsmitteln (z.B. Laptop) bei schriftlichen Prüfungen
- Schreibassistenz bei schriftlichen Prüfungen
- Verlängerung von Abgabefristen von Haus- und Abschlussarbeiten
- Ersatzleistung für häufiges Fehlen
- Sonstiges (Bitte ergänzen)

5. Bestätigung des_der Fachärzt_in

FAMILIENNAME(N)

Vorname(n)

Fachärzt_in für

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Datum

Unterschrift

Stempel