**ANTRAG AUF NACHTEILSAUSGLEICH**

|  |  |
| --- | --- |
| **Persönliche Daten** | |
| Name |  |
| Vorname |  |
| Adresse |  |
| E-Mail |  |
| Jahrgang, Vertiefungsrichtung |  |
| An der HSA-FR seit |  |

|  |
| --- |
| **Aus welchem Grund bzw. welchen Gründen beantragen Sie eine oder mehrere Massnahme(n) zum Nachteilsausgleich (Diagnose, Beeinträchtigung, Störung usw.)?** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Welche Situation(en) oder Tätigkeit(en) im Studium bereiten Ihnen Schwierigkeiten?** | |
| Lesen | Lernen am Bildschirm  (Internet, Computer, E-Learning usw.) |
| Schreiben | Dokumente |
| Sprechen | Praktikum/Praxisausbildung |
| Notizen anfertigen | Mündliche Prüfungen |
| Teilnahme am Unterricht | Schriftliche Prüfungen |
| Tagesplanung | Zwischenmenschliche Kommunikation |
| Individuelles Lernen oder Lernen in der Gruppe | Mobilität |
| Andere: | |

|  |
| --- |
| **Inwiefern beeinträchtigt dies Ihren Studienalltag?** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Welche technischen oder personellen Mittel stehen oder standen Ihnen zur Bewältigung dieser Schwierigkeiten zur Verfügung?** | |
|  | |
| **Welche Hilfs- und Unterstützungsmassnahmen in Bezug auf den Unterricht haben sich bisher als nützlich erwiesen?** | |
|  | |
| **Welche Ausgleichsmassnahmen benötigen Sie als Student/in der HSA-FR?** | |
|  | |
| **Haben Sie im Rahmen von früheren Ausbildungen bereits einen Nachteilsausgleich erhalten?** | |
| Ja | Ich lege die Bestätigung(en) über frühere Nachteilsausgleiche (nicht älter als 2 Jahre) sowie die entsprechenden Arztzeugnisse bei. |
|  | Ich habe keine Bestätigung(en) über Nachteilsausgleiche erhalten. |
| Nein |  |
| **Erlauben Sie uns, falls nötig, mit den Personen Kontakt aufzunehmen, welche die Bestätigungen oder Zeugnisse ausgestellt haben?** | |
| Ja | Nein |
| **Erlauben Sie uns, die Lehrpersonen über die Art Ihrer Beeinträchtigung oder chronischen Krankheit zu informieren?** | |
| Ja | Nein |

Datum:

Unterschrift: