

Bestätigung über studienrelevante Funktionsbeeinträchtigungen (SL/P11)

Diese Bestätigung dient der Universität Wien als Grundlage zur Anpassung von Prüfungsmodalitäten für Studierende.

Bitte geben Sie hier **keine Diagnosen** oder Krankengeschichten bekannt. Relevant sind lediglich Funktionsbeeinträchtigungen, die im Studium zum Tragen kommen.

Angaben zum*zur Studierenden

Familiename, Vorname:	
Matrikelnummer:	
E-Mail:	Telefon (optional):

Angaben zu studienrelevanten Funktionsbeeinträchtigungen auf physischer, psychischer, kognitiver und/oder sozialer Ebene (Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen)

Grobmotorik			
<input type="checkbox"/> Laufen	<input type="checkbox"/> dauerhaft	<input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell	<input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend
<input type="checkbox"/> Gehen	<input type="checkbox"/> dauerhaft	<input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell	<input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend
<input type="checkbox"/> Sitzen	<input type="checkbox"/> dauerhaft	<input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell	<input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend
<input type="checkbox"/> Stehen	<input type="checkbox"/> dauerhaft	<input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell	<input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend
Feinmotorik			
<input type="checkbox"/> Sprechbeeinträchtigung oder -störung	<input type="checkbox"/> dauerhaft	<input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell	<input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend
<input type="checkbox"/> Feinmotorik (Hand/Finger) <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> dauerhaft	<input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell	<input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend
<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> dauerhaft	<input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell	<input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend
Hörbeeinträchtigung			
<input type="checkbox"/> Leicht (bis 30dB)	<input type="checkbox"/> dauerhaft	<input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell	<input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend
<input type="checkbox"/> Mittel (30-60dB)	<input type="checkbox"/> dauerhaft	<input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell	<input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend
<input type="checkbox"/> Schwer (60-90dB)	<input type="checkbox"/> dauerhaft	<input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell	<input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend
<input type="checkbox"/> Gehörlos (ab 90dB)	<input type="checkbox"/> dauerhaft	<input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell	<input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend

Name:

Matrikelnummer:

Angaben zu studienrelevanten Funktionsbeeinträchtigungen auf physischer, psychischer, kognitiver und/oder sozialer Ebene (Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen)

Sehbeeinträchtigung

- | | | | |
|--|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Eingeschränktes Kontrast-Sehen | <input type="checkbox"/> dauerhaft | <input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell | <input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend |
| <input type="checkbox"/> Eingeschränktes Farbsehen | <input type="checkbox"/> dauerhaft | <input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell | <input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend |
| <input type="checkbox"/> Eingeschränktes Gesichtsfeld | <input type="checkbox"/> dauerhaft | <input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell | <input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend |
| <input type="checkbox"/> Hochgradige Sehbehinderung
lt. Bundespflegegeldgesetz §4a (4) u. (5) | <input type="checkbox"/> dauerhaft | <input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell | <input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend |
| <input type="checkbox"/> Blindheit
lt. Bundespflegegeldgesetz §4a (4) u. (5) | <input type="checkbox"/> dauerhaft | <input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell | <input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend |

Weitere somatische Symptomatiken im Bereich:

- | | | | |
|---|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Verdauungssystem | <input type="checkbox"/> dauerhaft | <input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell | <input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend |
| <input type="checkbox"/> Atemwegssystem | <input type="checkbox"/> dauerhaft | <input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell | <input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufsystem | <input type="checkbox"/> dauerhaft | <input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell | <input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend |
| <input type="checkbox"/> Nervensystem | <input type="checkbox"/> dauerhaft | <input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell | <input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend |

Weitere spezifische Symptomatiken

- | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> dauerhaft | <input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell | <input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> dauerhaft | <input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell | <input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend |
| <input type="checkbox"/> Erschöpfung | <input type="checkbox"/> dauerhaft | <input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell | <input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend |

Kognitive und psychische Symptomatik im Bereich/in den Bereichen:

- | | | | |
|--|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lesen | <input type="checkbox"/> dauerhaft | <input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell | <input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend |
| <input type="checkbox"/> Rechtschreiben | <input type="checkbox"/> dauerhaft | <input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell | <input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend |
| <input type="checkbox"/> Rechnen | <input type="checkbox"/> dauerhaft | <input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell | <input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend |
| <input type="checkbox"/> Exekutive Funktionen | <input type="checkbox"/> dauerhaft | <input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell | <input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend |
| <input type="checkbox"/> Orientierung (zeitlich, örtlich, situativ,
in Bezug auf die eigene Person) | <input type="checkbox"/> dauerhaft | <input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell | <input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend |
| <input type="checkbox"/> Aufmerksamkeit und Konzentration | <input type="checkbox"/> dauerhaft | <input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell | <input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend |
| <input type="checkbox"/> Antrieb und/oder Psychomotorik | <input type="checkbox"/> dauerhaft | <input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell | <input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend |
| <input type="checkbox"/> Sensorische Sensibilität | <input type="checkbox"/> dauerhaft | <input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell | <input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend |
| <input type="checkbox"/> Verständnis sozialer Situationen | <input type="checkbox"/> dauerhaft | <input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell | <input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend |
| <input type="checkbox"/> Angst in Leistungssituationen | <input type="checkbox"/> dauerhaft | <input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell | <input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend |
| <input type="checkbox"/> Angst in sozialen Situationen | <input type="checkbox"/> dauerhaft | <input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell | <input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend |
| <input type="checkbox"/> Befürchtungen und Zwänge | <input type="checkbox"/> dauerhaft | <input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell | <input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend |
| <input type="checkbox"/> Affektivität | <input type="checkbox"/> dauerhaft | <input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell | <input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend |
| <input type="checkbox"/> Bewusstsein | <input type="checkbox"/> dauerhaft | <input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell | <input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend |
| <input type="checkbox"/> Wahrnehmung | <input type="checkbox"/> dauerhaft | <input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell | <input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend |
| <input type="checkbox"/> Formales Denken | <input type="checkbox"/> dauerhaft | <input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell | <input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend |
| <input type="checkbox"/> Andere Symptombereiche | <input type="checkbox"/> dauerhaft | <input type="checkbox"/> schubhaft/punktuell | <input type="checkbox"/> absehbar/vorübergehend |



Studierende*r

Name:

Matrikelnummer:

Angaben zu studienrelevanten Funktionsbeeinträchtigungen auf physischer, psychischer, kognitiver und/oder sozialer Ebene (Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen)

Andere studienrelevante Beeinträchtigungen

dauerhaft schubhaft/punktuell absehbar/vorübergehend

dauerhaft schubhaft/punktuell absehbar/vorübergehend

Auswirkung der Beeinträchtigungen auf das Studium (Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen)

Angegebene Beeinträchtigungen führen dazu, dass die Leistungserbringung wie im Curriculum vorgesehen **nicht** möglich ist, wie etwa Anwesenheit, Prüfungen, Hausarbeiten, Gruppenarbeiten, schriftliche Arbeiten, Präsentationen, Exkursionen, Zeitmanagement, Studienorganisation weil:

vorraussichtliche Dauer der Auswirkung dauerhaft schubhaft/punktuell absehbar/vorübergehend



Name:

Matrikelnummer:

Empfehlung zum Nachteilsausgleich (Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen)

Bitte beachten Sie, dass es sich hierbei nur um eine Empfehlung handelt und abweichende Prüfungsmethoden immer in Abstimmung mit den Lernzielen des jeweiligen Curriculums und der Umsetzbarkeit gewährleistet werden können.

<input type="checkbox"/> Erweiterte Abgabefristen
<input type="checkbox"/> Erweiterte Fehlzeiten bei Bedarf und im erlaubten Ausmaß
<input type="checkbox"/> Änderung der Prüfungsform: <input type="checkbox"/> Schriftliche statt mündliche Prüfungen
<input type="checkbox"/> Mündliche statt schriftliche Prüfungen
<input type="checkbox"/> Ersatzleistung statt Referate
<input type="checkbox"/> Ersatzleistung statt Hausarbeiten
<input type="checkbox"/> Ersatzleistung statt mündlicher Mitarbeit
<input type="checkbox"/> Ersatzleistung statt Teilnahme an Exkursion
<input type="checkbox"/> Einzelarbeiten oder max. Arbeit zu zweit statt Gruppenarbeiten
<input type="checkbox"/> Gruppenarbeiten statt Einzelarbeiten
<input type="checkbox"/> Barrierefreie Aufbereitung der Lehrveranstaltungsunterlagen
<input type="checkbox"/> Barrierefreie Aufbereitung der Prüfungsunterlagen
<input type="checkbox"/> Schreibzeitverlängerung bei Prüfungen
<input type="checkbox"/> Ermöglichung von Vorbereitungszeiten bei mündlichen Prüfungen
<input type="checkbox"/> Verlängerung von Vorbereitungszeiten bei mündlichen Prüfungen
<input type="checkbox"/> Prüfungszeitverlängerung bei mündlichen Prüfungen
<input type="checkbox"/> Ermöglichung von Pausen, welche nicht zur Prüfungszeit gezählt werden
<input type="checkbox"/> Prüfungen in separaten Räumen mit eigener Aufsicht
<input type="checkbox"/> Verwendung eines Laptops oder Computers (inkl. Screenreader, Leselupe, oder anderen Programmen und technischen Hilfsmitteln) bei schriftlichen Prüfungen
<input type="checkbox"/> Schreibassistierende Person bei schriftlichen Prüfungen
<input type="checkbox"/> Erlaubnis Noise-Cancelling-Kopfhörer zu verwenden
<input type="checkbox"/> Sonstiges:

Bestätigung einer fachärztlichen/klinisch-psychologischen/psychotherapeutischen Institution/Person (kein*e Hausärzt*in)

Familienname, Vorname:		
Spezialisiert auf:		
Adresse:	Straße, Hausnummer:	
	PLZ:	Ort:
Datum	Stempel	Unterschrift