

Antrag auf Nachteilsausgleich: Ärztliche Bescheinigung

Name, Vorname Patient*in:

Geburtsdatum Patient*in:

Praxis/Therapiestelle: _____

Angaben zur Beeinträchtigung (im Studium):

Um die Anforderungen im Studium bewältigen zu können, sollen folgende Ausgleichsmaßnahmen angewandt werden:

Datum, Ort, Unterschrift ärztliches Personal, Stempel