

Bestätigung zur Vorlage an
die Behindertenbeauftragte/den Behindertenbeauftragten
der Universität Wien
Studien- und Lehrwesen
Dr.-Karl-Lueger-Ring 1
A – 1010 Wien

Bestätigung über studienrelevante Funktionsbeeinträchtigungen (SL / P11)

Diese Bestätigung dient der Universität Wien als Grundlage zur Änderung von Prüfungsmodalitäten für Studierende. Bitte geben Sie hier **keine** (Details zu) Diagnose/n oder Krankengeschichte bekannt, relevant sind lediglich Funktionsbeeinträchtigungen, die im Studium zum Tragen kommen.

Angaben zur Patientin/zum Patienten

Matrikelnummer: _____

Familienname: _____

Vorname: _____

Adresse Straße, Hausnummer: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Land: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Angaben zu studienrelevanten Funktionseinschränkungen auf physischer, kognitiver und/oder emotionaler Ebene (Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen, Format TT.MM.JJJJ)

Grobmotorik

Laufen	vorübergehend bis:	permanent
--------	--------------------	-----------

Gehen	vorübergehend bis:	permanent
-------	--------------------	-----------

Sitzen	vorübergehend bis:	permanent
--------	--------------------	-----------

Stehen	vorübergehend bis:	permanent
--------	--------------------	-----------

Feinmotorik

Sprechbeeinträchtigung oder - störung	vorübergehend bis:	permanent
--	--------------------	-----------

Grafomotorik	vorübergehend rechts bis:	permanent rechts
--------------	----------------------------------	-------------------------

	vorübergehend links bis:	permanent links
--	---------------------------------	------------------------

Hörbeeinträchtigung

Leicht (bis 30dB)	vorübergehend rechts bis:	permanent rechts
-------------------	----------------------------------	-------------------------

	vorübergehend links bis:	permanent links
--	---------------------------------	------------------------

Mittel (30-60dB)	vorübergehend rechts bis:	permanent rechts
------------------	----------------------------------	-------------------------

	vorübergehend links bis:	permanent links
--	---------------------------------	------------------------

Angaben zur PatientIn

Matrikelnummer:

Familienname:



universität
wien

Angaben zu studienrelevanten Funktionseinschränkungen auf physischer, kognitiver und/oder emotionaler Ebene (Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen, Format TT.MM.JJJJ)

Schwer (60-90dB)	vorübergehend rechts bis:	permanent rechts
	vorübergehend links bis:	permanent links
Gehörlos (ab 90dB)	vorübergehend rechts bis:	permanent rechts
	vorübergehend links bis:	permanent links

Sehbeeinträchtigung

Eingeschränktes Kontrastsehen	vorübergehend rechts bis:	permanent rechts
	vorübergehend links bis:	permanent links
Eingeschränktes Farbsehen	vorübergehend rechts bis:	permanent rechts
	vorübergehend links bis:	permanent links
Eingeschränktes Gesichtsfeld	vorübergehend rechts bis:	permanent rechts
	vorübergehend links bis:	permanent links
Hochgradige Sehbehinderung (lt. Bundespflegegeldgesetz §4a (4) u. (5) - siehe Erläuterungen)	vorübergehend bis:	permanent
Blindheit (lt. Bundespflegegeldgesetz §4a (4) u. (5) - siehe Erläuterungen)	vorübergehend bis:	permanent

Kognitive oder psychische Beeinträchtigung

Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung	vorübergehend bis:	permanent
	tageszeitlich insbesondere:	vormittags nachmittags abends
Lesestörung	vorübergehend bis:	permanent
Rechtschreibstörung	vorübergehend bis:	permanent
Rechenschwäche	vorübergehend bis:	permanent
Soziale Ängstlichkeit	vorübergehend bis:	permanent

Andere studienrelevante Beeinträchtigungen (Bitte jeweils Angabe, ob vorübergehend (*vorliegend voraussichtlich bis*) oder permanent):

Angaben zur PatientIn

Matrikelnummer:

Familienname:



universität
wien

Bestätigung der Fachärztin / des Facharzts

Familienname, Vorname:

Facharzt für:

Adresse Straße, Hausnummer:

PLZ:

Ort:

Datum

Stempel

Unterschrift

Erläuterungen:

Auszug aus dem Bundespflegegeldgesetz (BPGG), in der Fassung vom 18.11.2009:

„...“

§ 4a

(4) Als hochgradig sehbehindert gilt, wer am besseren Auge mit optimaler Korrektur eine Sehleistung mit

- einem Visus von kleiner oder gleich 0,05 (3/60) ohne Gesichtsfeldeinschränkung hat oder
- einem Visus von kleiner oder gleich 0,1 (6/60) in Verbindung mit einer Quadrantenanopsie hat oder
- einem Visus von kleiner oder gleich 0,3 (6/20) in Verbindung mit einer Hemianopsie hat oder
- einem Visus von kleiner oder gleich 1,0 (6/6) in Verbindung mit einer röhrenförmigen Gesichtsfeldeinschränkung hat.

(5) Als blind gilt, wer am besseren Auge mit optimaler Korrektur eine Sehleistung mit

- einem Visus von kleiner oder gleich 0,02 (1/60) ohne Gesichtsfeldeinschränkung hat oder
- einem Visus von kleiner oder gleich 0,03 (2/60) in Verbindung mit einer Quadrantenanopsie hat oder
- einem Visus von kleiner oder gleich 0,06 (4/60) in Verbindung mit einer Hemianopsie hat oder
- einem Visus von kleiner oder gleich 0,1 (6/60) in Verbindung mit einer röhrenförmigen Gesichtsfeldeinschränkung hat.

...“