



Bestätigung zur Vorlage an
die Behindertenbeauftragte/den Behindertenbeauftragten
der Universität Wien
Studienservice und Lehrwesen
Universitätsring 1
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 zum/zur Student/in

Matrikelnummer:	Sozialversicherungsnummer:
Zuname:	Vorname:
Adresse Straße, Hausnummer:	
PLZ:	Ort:
Land:	
E-Mail:	Telefon:

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

Grobmotorik

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

Feinmotorik

Sprechbeeinträchtigung oder -störung	<input type="checkbox"/> vorübergehend	<input type="checkbox"/> permanent
Feinmotorik (Hand/Finger)	<input type="checkbox"/> vorübergehend rechts	<input type="checkbox"/> permanent rechts
	<input type="checkbox"/> vorübergehend links	<input type="checkbox"/> permanent links

Hörbeeinträchtigung

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

Angaben zum/zur Student/in

Matrikelnummer:

Zuname:



universität
wien

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

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

Sehbeeinträchtigung

- | | | |
|---|---|---|
| Eingeschränktes Kontrast-sehen | <input type="checkbox"/> vorübergehend rechts | <input type="checkbox"/> permanent rechts |
| | <input type="checkbox"/> vorübergehend links | <input type="checkbox"/> permanent links |
| Eingeschränktes Farbsehen | <input type="checkbox"/> vorübergehend rechts | <input type="checkbox"/> permanent rechts |
| | <input type="checkbox"/> vorübergehend links | <input type="checkbox"/> permanent links |
| Eingeschränktes Gesichtsfeld | <input type="checkbox"/> vorübergehend rechts | <input type="checkbox"/> permanent rechts |
| | <input type="checkbox"/> vorübergehend links | <input type="checkbox"/> permanent links |
| Hochgradige Sehbehinderung
(lt. Bundespflegegeldgesetz §4a (4) u. (5)) | <input type="checkbox"/> vorübergehend | <input type="checkbox"/> permanent |
| Blindheit
(lt. Bundespflegegeldgesetz §4a (4) u. (5)) | <input type="checkbox"/> vorübergehend | <input type="checkbox"/> permanent |

Kognitive oder psychische Beeinträchtigung

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung | <input type="checkbox"/> vorübergehend | <input type="checkbox"/> permanent |
| Angst in Leistungssituationen | <input type="checkbox"/> vorübergehend | <input type="checkbox"/> permanent |
| Andere studienrelevante Ängste,
nämlich | | |

Teilleistungsstörungen

- | | |
|----------------|--|
| Lesestörung | <input type="checkbox"/> Rechtschreibstörung |
| Rechenschwäche | <input type="checkbox"/> Dyspraxie |

Weitere Beeinträchtigungen

Probleme im Verständnis sozialer Situationen

Probleme mit Zeitmanagement

Probleme mit selbständiger Studienorganisation

Andere studienrelevante Beeinträchtigungen (Bitte jeweils Angabe, ob vorübergehend oder permanent):

Angaben zum/zur Student/in



universität
wien

Matrikelnummer:

Zuname:

Verlauf der Beeinträchtigung(en)

Angegebene Beeinträchtigung(en) können dazu führen, dass der *Besuch/die Anwesenheit von/bei Lehrveranstaltungen* nicht möglich ist:

stundenweise

tageweise

wochenweise

Angegebene Beeinträchtigung(en) können dazu führen, dass Leistungserbringung wie *Selbststudium, Hausübungen, Gruppenarbeiten, schriftliche Arbeiten, ...* nicht möglich ist:

stundenweise

tageweise

wochenweise

Bestätigung der Fachärztin / des Facharzts

Zuanme, Vorname:

Facharzt/ärztin für:

Adresse Straße, Hausnummer:

PLZ:

Ort:

Datum

Stempel

Unterschrift