



Antrag zur Gewährung besonderer Hilfen zum Nachteilsausgleich

Zu prüfende Person:	
Geburtsdatum/-ort:	
Ausbildungsstätte / Bildungseinrichtung:	
Beruf oder Fortbildungsprüfung:	
Prüfungstermin:	

Der Anspruch folgt aus dem durch Art. 3 des Grundgesetzes geschützten Recht der antragstellenden Person auf Chancengleichheit im Prüfungsverfahren in Verbindung mit § 126 SGB.
Es werden besondere Hilfen zum Nachteilsausgleich im Speziellen beantragt.

Erläuterungen für den Arzt (m/w/d):

Ihre ärztlichen Tatsachenfeststellungen sind maßgeblich für die Feststellung der Prüfungsfähigkeit bzw. Prüfungsbeeinträchtigung d. Pat. durch die IHK Nordschwarzwald und deren öffentlich-rechtlichen Prüfungsausschuss.

*Bitte beschreiben Sie die Gesundheitseinschränkungen d. Pat. so ausführlich, dass eine Beurteilung durch die Kammer möglich ist. **Die Beantwortung der Rechtsfrage, ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung z. B. die Verlängerung der Bearbeitungszeit rechtfertigen kann, ist grundsätzlich nicht die Aufgabe des Arztes (m/w/d), sondern vielmehr in eigener Verantwortung durch die Kammer zu entscheiden. Im Hinblick auf den Beschluss des BVerG kann die Kammer zusätzlich ein amtsärztliches Attest hinzuziehen was sie auch im Einzelfall tun wird.***

Für diese Beurteilung reicht es nicht aus, dass Sie der zu prüfenden Person Prüfungsunfähigkeit oder eine Prüfungseinschränkung attestieren!

Eine Diagnose als solche muss nicht bekannt geben werden, wenn bereits die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen über die Prüfungsfähigkeit Aufschluss geben. (Die genaue Bezeichnung der Krankheit kann aber zweckmäßig sein, da durch sie offensichtlich gemacht wird, dass die Leistungsfähigkeit der zu prüfenden Person erheblich beeinträchtigt ist.)

Folgende besondere Hilfen zum Nachteilsausgleich werden beantragt:

Besondere Organisation der Prüfung:
Besondere Gestaltung (z.B. Prüfzeitverlängerung XX %) der Prüfung:
Gewährung spezieller Hilfen:
Folgende Ressourcen sollen bereitgestellt werden:

Bitte wenden:



Zu prüfende Person:

Auszufüllen von dem behandelnden Arzt (m/w/d):

Es wird gebeten, für die Beurteilung der Prüfungsfähigkeit folgende Angaben zu machen:

Behindertenausweis liegt vor: ☐ ja ☐ nein Grad der Behinderung:
(Bitte ggf. Kopie beifügen)

Über welche Gesundheitseinschränkungen hat d. Pat. bei der Untersuchung geklagt?

Welche Befunde haben Sie erhoben? Ggf. Berichte/Atteste v. Facharzt der entspr. Fachrichtung beifügen.

ICD-10 Klassifizierung:

Wie lange dauert/e die von Ihnen festgestellte Erkrankung an?

Die Krankheit begann am (erster Tag/Datum) und endete am (letzter Tag/Datum)

Ort/Datum
Unterschrift/Stempel

Ort/Datum
Unterschrift der antragstellenden Person

Entscheidung der Industrie- und Handelskammer

Antrag genehmigt: ☐ Ja ☐ Nein

Datum

Name u. Unterschrift des Bevollmächtigten der IHK