

Ärztekammer Hamburg
Berufsausbildung Medizinische Fachangestellte
Weidestr. 122 b
22083 Hamburg

Antrag auf Nachteilsausgleich zur Berücksichtigung besonderer Belange beeinträchtigter Menschen bei Zwischen- und Abschlussprüfungen gemäß § 12 Prüfungsordnung

Bitte ausfüllen und spätestens zum angegebenen Anmeldeschluss senden an die obige Adresse.

1 Angaben zur Person

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum

Geburtsort

E-Mail

Geschlecht

Weiblich

Männlich

Divers

Telefon/Mobilnummer

2 Angaben zu Ihrer Prüfung

Zwischenprüfung

Abschlussprüfung

Bitte fügen Sie die Nachweise für den Verlängerungsgrund (z.B. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, Bescheinigung über hohe Fehlzeiten in der Berufsschule oder in der Praxis) bei!

3 Angaben zur Beeinträchtigung/Einschränkung (bitte kurz beschreiben)

4 Welche Nachweise, Kopien und Bescheinigungen legen Sie zu dem Antrag auf Nachteilsausgleich vor?

Eine Kopie des Schwerbehinderten-Ausweises

oder

Eine fachärztliche Bescheinigung über die Beeinträchtigung/Einschränkung

und

Eine ärztliche Bescheinigung für die aktuell anstehende Prüfung.
Diese Bescheinigung beschreibt und **begründet die konkret beantragten Maßnahmen.**

und eine Stellungnahme

des Ausbildungsbetriebes

der Berufsschule

5 Welche Maßnahmen beantragen Sie für die einzelnen Prüfungen (schriftlich, praktisch)? (z.B.: Zeitverlängerung, Hilfsmittel)

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellenden