

**Die Landesdirektion Sachsen übernimmt keine Kosten für die nachfolgende ärztliche Untersuchung bzw. Bestätigung einer/s Prüfungsvergünstigung/Nachteilsausgleichs.**

**Ärztliche Bestätigung für den Antrag auf Prüfungsvergünstigung/Nachteilsausgleich**

**Abschlussprüfung**

Ihr Patient .....  
geb. am .....  
wohnhaft .....

beantragte bei der Landesdirektion Sachsen die Teilnahme an der Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf **Straßenwärter/in**. In dieser Angelegenheit beehrte er eine/n Prüfungsvergünstigung/Nachteilsausgleich. Der benötigten ärztlichen Stellungnahme muss der Umfang der Prüfungsvergünstigung, insbesondere evt. Schreibzeitverlängerungen und Pausen, entnommen werden können. Aus diesem Grund bitten wir Sie, zu nachfolgend aufgeführten Sachverhalten Stellung zu nehmen:

**1. Sachverhaltsschilderung:**

Die Abschlussprüfung zum / zur Straßenwärter/in wird schriftlich und praktisch durchgeführt. Die schriftliche Prüfung wird in folgenden Bereichen durchgeführt:

- a) Straßeninstandhaltung mit einer Prüfungszeit von höchstens 150 Minuten
- b) Sicherheit und Straßenbetrieb mit einer Prüfungszeit von höchstens 150 Minuten
- c) Wirtschafts- und Sozialkunde mit einer Prüfungszeit von höchstens 60 Minuten

Im praktischen Teil der Prüfung sollen in insgesamt höchstens acht Stunden drei praktische Aufgaben bearbeitet und während dieser Zeit in höchstens 15 Minuten hierüber ein Fachgespräch geführt werden. Für die praktische Aufgaben kommen insbesondere in Betracht:

- a) Durchführen von Bau- und Instandhaltungsarbeiten an Straßen oder Bauwerken,
- b) Durchführen von Maßnahmen der Grünpflege,
- c) Warten und Instandhalten der Straßenausstattung,
- d) Durchführen von Maßnahmen des Winterdienstes.

Die zuständige Stelle kann behinderten Prüfungsteilnehmern (§ 2 SGB IX) auf schriftlichen Antrag entsprechend der Schwere der nachgewiesenen Behinderung eine/n angemessene/n Prüfungsvergünstigung/Nachteilsausgleich gewähren. Dies gilt auch für Prüfungsteilnehmer, die wegen einer ärztlich festgestellten körperlichen Behinderung bei der Prüfung erheblich beeinträchtigt sind. Die fachlichen Anforderungen dürfen dabei nicht geringer bemessen werden.

2. Ärztliche Bestätigung für eine/n Prüfungsvergünstigung/Nachteilsausgleich

- a) Der Prüfungsteilnehmer ist in ärztlicher Behandlung und hat folgende Beeinträchtigungen, die auf die Anfertigung o. g. Prüfungen Auswirkungen haben können.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- b) Ist der Patient voraussichtlich zu Beginn der Prüfung arbeitsfähig/dienstfähig?

- ja (weiter unter 2 c)  
 nein

- c) Ist der Patient grundsätzlich in der Lage, die Prüfung abzulegen?

- ja, ohne Einschränkungen  
 ja, unter Einschränkungen (weiter unter 2 d)  
 nein, überhaupt nicht

- d) Sind während der einzelnen Prüfungen zusätzliche Pausen notwendig?

Während der Pausen wird die Arbeitszeit unterbrochen und dem Prüfungsteilnehmer wird Gelegenheit gegeben, sich zu erholen, Medikamente einzunehmen etc.

- ja  
 nein

Wenn ja, in welchem Umfang und zu welchem Zeitpunkt sind diese zu gewähren? (Angaben je Prüfungsbereich)

- Straßeninstandhaltung (höchstens 150 Minuten):

.....  
.....

- Sicherheit und Straßenbetrieb (höchstens 150 Minuten):

.....  
.....

- Wirtschaft- und Sozialkunde (höchstens 60 Minuten):

.....  
.....

- Praktischer Prüfung (höchstens 8 Stunden):

.....  
.....

- e) Ist eine Verlängerung der Prüfungszeit (ohne Pausen) notwendig?

Es werden keine zusätzlichen Pausen gewährt, sondern die Prüfungszeit wird ohne Unterbrechungen verlängert.

- ja  
 nein

Wenn ja, in welchem Umfang ist diese zu gewähren?  
(Angaben je Prüfungsbereich)

- Straßeninstandhaltung (höchstens 150 Minuten):  
.....  
.....
- Sicherheit und Straßenbetrieb (höchstens 150 Minuten):  
.....  
.....
- Wirtschaft- und Sozialkunde (höchstens 60 Minuten):  
.....  
.....
- Praktischer Prüfung (höchstens 8 Stunden):  
.....  
.....

f) Benötigt der Patient besondere Hilfsmittel (z.B. Computer, Lesehilfe, besonderes Mobiliar)?  
.....  
.....

g) Werden andere Prüfungsvergünstigungen/Nachteilsausgleiche für notwendig erachtet?  
.....  
.....  
.....

.....  
Datum

.....  
Stempel, Unterschrift des Arztes