Fachärztliche Bestätigung für den Antrag auf Prüfungsvergünstigung (Nachteilsausgleich)

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

Zur **Zwischenprüfung** im Ausbildungsberuf **Wasserbauer/in** begehrt

Ihr Patient .....

geb. am .....

wohnhaft .....

eine/n Prüfungsvergünstigung/Nachteilsausgleich.

! *Der Ausgleich darf zu keiner Überkompensation der bestehenden Beeinträchtigung führen. Prüfungsangst begründet nach ständiger Rechtsprechung keinen Anspruch auf einen Nachteilsausgleich.*

Dem Antrag kann nur entsprochen werden (bitte ankreuzen), wenn **zum Zeitpunkt der Prüfung**

- ☐ eine **Behinderung** i. S. d. § 2 Absatz 1 SGB IX (körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigung, die **länger als sechs Monate** andauert) oder
- ☐ eine ärztlich festgestellte **vorübergehende körperliche Behinderung**, die bei der Fertigung der Prüfungsarbeit erheblich beeinträchtigt (z. B. Armfraktur)

vorliegt.

Die Behinderung wirkt sich wie folgt auf die Anfertigung der praktischen Prüfungsarbeiten aus:

Hinweis: Die Zwischenprüfung wird praktisch durchgeführt. Der Prüfungsteilnehmer soll in höchstens acht Stunden eine Arbeitsaufgabe ausführen sowie innerhalb dieser Zeit in insgesamt 15 Minuten darüber ein Fachgespräch führen.

Ausführliche Erläuterung unter Angabe der Symptome:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Die Behinderung kann wie folgt ausgeglichen werden:

☐ Durch **Pausen** während der praktischen Prüfung (Umfang in Minuten und Zeitpunkt angeben):

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

.....

☐ Durch eine **Verlängerung** der praktischen Prüfungszeit (konkrete Zeitverlängerung in Minuten angeben)

Die Prüfungsdauer wird ohne Unterbrechungen verlängert.

.....

☐ Durch die Inanspruchnahme besonderer Hilfsmittel (z. B. Computer, Lesehilfe, besonderes Mobiliar)

.....

☐ Andere notwendige Prüfungsvergünstigungen/Nachteilausgleiche

.....

.....

.....

.....

Ort, Datum

.....

Stempel und Unterschrift des Facharztes