**Universität für Bodenkultur Wien**Gregor Mendel Straße 33,
1180 Wien
An die Studiendekanin / den Studiendekan
Im Wege der Abteilung der Studienservices

#### Martrikelnummer

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

#### Studienkennzahl

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Bestätigung über studienrelevante Funktionsbeeinträchtigungen zur Genehmigung abweichender Prüfungsmethoden gemäß § 59 Universitätsgesetz 2002

# Allgemeine Informationen

|  |  |
| --- | --- |
| Zuname |  |
| Vorname |  |
| Sozialversicherungsnummer |  |
| Straße, Hausnummer (Stiege, Tür) |  |
| PLZ und Wohnort |  |
| Telefonnummer |  |
| E-Mail-Adresse |  |
| Studienrichtung |  |

**Hinweis**: Diese Bestätigung dient der Universität für Bodenkultur als Grundlage zur Genehmigung abweichender Prüfungsmethoden bzw. Leistungserbringungen.

Es sind **keine detaillierten Diagnosen** oder **Angaben zur Krankheitsgeschichte** erforderlich.

# Inhaltsverzeichnis des Formulars

[Allgemeine Informationen 1](#_Toc100311335)

[Inhaltsverzeichnis des Formulars 2](#_Toc100311336)

[Wichtiger Hinweis für die Antragstellerin / den Antragsteller 2](#_Toc100311337)

[Studienrelevante Funktionsbeeinträchtigungen auf psychischer, physischer, sinnesbedingter oder sozialer Ebene 3](#_Toc100311338)

[Motorik 3](#_Toc100311339)

[Feinmotorik 3](#_Toc100311340)

[Hörbeeinträchtigung 4](#_Toc100311341)

[Sehbeeinträchtigung 4](#_Toc100311342)

[Chronische Erkrankungen 5](#_Toc100311343)

[Psychische oder kognitive Beeinträchtigungen 5](#_Toc100311344)

[Teilleistungsstörungen 6](#_Toc100311345)

[Andere studienrelevanten Funktionsbeeinträchtigungen 6](#_Toc100311346)

[Bestätigung des Facharztes / der Fachärztin 7](#_Toc100311347)

# Wichtiger Hinweis für die Antragstellerin / den Antragsteller

Alle Nachweise sind entweder in Original oder in gerichtlich bzw. notariell beglaubigter Abschrift vorzulegen. Fremdsprachigen Urkunden sind außerdem amtlich beglaubigte deutsche Übersetzungen beizufügen.

# Studienrelevante Funktionsbeeinträchtigungen auf psychischer, physischer, sinnesbedingter oder sozialer Ebene

Bitte geben Sie nur die für das Studium relevanten Funktionsbeeinträchtigungen bekannt (Zutreffendes bitte ankreuzen oder ergänzen)

## Motorik

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Gehen |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Laufen |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Sitzen |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Stehen |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Sonstiges (in der nächsten Zeile können weitere motorische Funktionsbeeinträchtigungen eingetragen werden): |
|  |

## Feinmotorik

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sprachmotorik |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Handmotorik links |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Handmotorik rechts |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Gesichtsmotorik |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Sonstiges (in der nächsten Zeile können weitere feinmotorische Funktionsbeeinträchtigungen eingetragen werden): |
|  |

## Hörbeeinträchtigung

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Leicht (bis 30dB) links |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Leicht (bis 30dB) rechts |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Mittel (30 – 60 dB) links |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Mittel (30 – 60 dB) rechts |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Schwer (60 – 90 dB) links |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Schwer (60 – 90 dB) rechts |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Gehörlos (ab 90 dB) links |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Gehörlos (ab 90 dB) rechts |  | vorübergehend |  | Permanent |
|  | Andere Form der Hörbeeinträchtigung |
|  |

## Sehbeeinträchtigung

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Eingeschränktes Farbsehen links |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Eingeschränktes Farbsehen rechts |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Eingeschränktes Kontrastsehen links |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Eingeschränktes Kontrastsehen rechts |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Eingeschränktes Gesichtsfeld links |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Eingeschränktes Gesichtsfeld rechts |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Hochgradige Sehbehinderung links |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Hochgradige Sehbehinderung links |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Blindheit links |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Blindheit rechts |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Sonstige Sehbeeinträchtigung eintragen oder obenstehende ergänzen: |
|  |

## Chronische Erkrankungen

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Epilepsie |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Morbus Crohn |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Asthma |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Rheuma |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Sonstige studienrelevante Erkrankung(en): |
|  |

## Psychische oder kognitive Beeinträchtigungen

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Tiefgreifende Entwicklungsstörung |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Ängste, Phobien, Depressionen |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Neuropsychiatrische Erkrankung |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Psychosomatische Erkrankung |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Andere studienrelevante psychische Störung(en) oder Belastung(en): |
|  |

## Teilleistungsstörungen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Leseschwäche |  | Rechtschreibschwäche |
|  | Lese-Rechtschreibschwäche |  | Rechenschwäche |
|  | ADHS |  | ADS |
|  | Sonstige studienrelevante Teilleistungsstörung(en): |
|  |

## Andere studienrelevanten Funktionsbeeinträchtigungen

|  |
| --- |
|  |

# Bestätigung des Facharztes / der Fachärztin

|  |  |
| --- | --- |
| Zuname |  |
| Vorname |  |
| Facharzt/Fachärztin für: |  |
| Straße, Hausnummer (Stiege, Tür) |  |
| PLZ und Ort |  |
|  |  |
| Ausstellungsdatum |  |
| Stempel | Unterschrift Arzt/Ärztin |
|  |