**Universität für Bodenkultur Wien**

An die Koordinationsstelle für Gleichstellung,

Diversität und Behinderung

Peter-Jordan Str. 82

1190 Wien

#### 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 und liegt bei der Behindertenbeauftragten der BOKU auf.

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

# Inhaltsverzeichnis des Formulars

[Allgemeine Informationen 1](#_Toc160374232)

[Inhaltsverzeichnis des Formulars 2](#_Toc160374233)

[Wichtiger Hinweis für den\*die Antragsteller\*in 2](#_Toc160374234)

[Studienrelevante Funktionsbeeinträchtigungen auf psychischer, physischer, sinnesbedingter oder sozialer Ebene 3](#_Toc160374235)

[Motorik 3](#_Toc160374236)

[Feinmotorik 3](#_Toc160374237)

[Hörbeeinträchtigung 4](#_Toc160374238)

[Sehbeeinträchtigung 4](#_Toc160374239)

[Chronische Erkrankungen 5](#_Toc160374240)

[Psychische oder kognitive Beeinträchtigungen 5](#_Toc160374241)

[Teilleistungsstörungen 6](#_Toc160374242)

[Andere studienrelevante Funktionsbeeinträchtigungen 6](#_Toc160374243)

[Empfehlung für die Universität (wenn möglich, bitte ausfüllen ) 6](#_Toc160374244)

[Bestätigung des Facharztes / der Fachärztin / klinische\*r Psycholog\*in / Psychotherapeut\*in 7](#_Toc160374245)

# Wichtiger Hinweis für den\*die Antragsteller\*in

Dieser 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 |
|  | Neurodiversität |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Psychosomatische Erkrankung |  | vorübergehend |  | permanent |
|  | Andere studienrelevante psychische Störung(en) oder Belastung(en): | | | | |
|  | | | | | |

## Teilleistungsstörungen

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

## Andere studienrelevante Funktionsbeeinträchtigungen

|  |
| --- |
|  |

## Empfehlung für die Universität (wenn möglich, bitte ausfüllen)

|  |
| --- |
|  |

## 

# Bestätigung des Facharztes / der Fachärztin / klinische\*r Psycholog\*in / Psychotherapeut\*in

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