

Bestätigung über studienrelevante Funktionsbeeinträchtigung

Diese Bestätigung dient der Pädagogischen Hochschule Tirol als Grundlage zur Modifikation der Eignungsfeststellung für Studierende. Bitte geben Sie **keine** (Details zu) Diagnose/n oder Krankengeschichte bekannt. Relevant sind lediglich Funktionsbeeinträchtigungen, die im Studium zum Tragen kommen.

Angabe zum/zur Student/in:

Matrkelnummer:	Sozialversicherungsnummer:
Zuname:	Vorname:
Adresse (Straße, Hausnummer):	
PLZ:	Ort:
Land:	
Email:	Telefon:

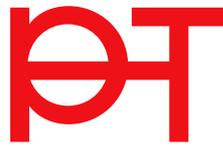
Angaben zu studienrelevanten Funktionseinschränkung (zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen)

Grobmotorik:

<input type="checkbox"/> Laufen	<input type="checkbox"/> vorübergehend	<input type="checkbox"/> permanent
<input type="checkbox"/> Gehen	<input type="checkbox"/> vorübergehend	<input type="checkbox"/> permanent
<input type="checkbox"/> Sitzen	<input type="checkbox"/> vorübergehend	<input type="checkbox"/> permanent
<input type="checkbox"/> Stehen	<input type="checkbox"/> vorübergehend	<input type="checkbox"/> permanent

Feinmotorik:

<input checked="" type="checkbox"/> Sprechbeeinträchtigung oder –störung	<input type="checkbox"/> vorübergehend	<input type="checkbox"/> permanent
<input checked="" type="checkbox"/> Feinmotorik (Hand/Finger)	<input type="checkbox"/> vorübergehend (rechts)	<input type="checkbox"/> permanent (rechts)
	<input type="checkbox"/> vorübergehend (links)	<input type="checkbox"/> permanent (links)

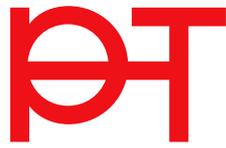


Hörbeeinträchtigung:

<input type="checkbox"/> Leicht (bis 30dB)	<input type="checkbox"/> vorübergehend (rechts)	<input type="checkbox"/> permanent (rechts)
	<input type="checkbox"/> vorübergehend (links)	<input type="checkbox"/> permanent (links)
<input type="checkbox"/> Mittel (30-60dB)	<input type="checkbox"/> vorübergehend (rechts)	<input type="checkbox"/> permanent (rechts)
	<input type="checkbox"/> vorübergehend (links)	<input type="checkbox"/> permanent (links)
<input type="checkbox"/> Schwer (60-90dB)	<input type="checkbox"/> vorübergehend (rechts)	<input type="checkbox"/> permanent (rechts)
	<input type="checkbox"/> vorübergehend (links)	<input type="checkbox"/> permanent (links)
<input type="checkbox"/> Gehörlos (ab 90dB)	<input type="checkbox"/> vorübergehend (rechts)	<input type="checkbox"/> permanent (rechts)
	<input type="checkbox"/> vorübergehend (links)	<input type="checkbox"/> permanent (links)

Sehbeeinträchtigung:

<input type="checkbox"/> Eingeschränktes Kontrast-sehen	<input type="checkbox"/> vorübergehend (rechts)	<input type="checkbox"/> permanent (rechts)
	<input type="checkbox"/> vorübergehend (links)	<input type="checkbox"/> permanent (links)
<input type="checkbox"/> Eingeschränktes Farbsehen	<input type="checkbox"/> vorübergehend (rechts)	<input type="checkbox"/> permanent (rechts)
	<input type="checkbox"/> vorübergehend (links)	<input type="checkbox"/> permanent (links)
<input type="checkbox"/> Eingeschränktes Gesichtsfeld	<input type="checkbox"/> vorübergehend (rechts)	<input type="checkbox"/> permanent (rechts)
	<input type="checkbox"/> vorübergehend (links)	<input type="checkbox"/> permanent (links)
<input type="checkbox"/> Hochgradige Sehbehinderung (IT. Bundespflegegeldgesetz §4a (4) u. (5))	<input type="checkbox"/> vorübergehend	<input type="checkbox"/> permanent
<input type="checkbox"/> Blindheit (IT. Bundespflegegeldgesetz §4a (4) u. (5))	<input type="checkbox"/> vorübergehend	<input type="checkbox"/> permanent



Andere studienrelevante Beeinträchtigung (Bitte jeweils Angabe, ob vorübergehend oder permanent)

Bestätigung der Fachärztin/ des Facharztes:

Zuname:	Vorname:	
Facharzt/ärztin für:		
Adresse:	Straße, Hausnummer:	
PLZ:	Ort:	
Datum:	Stempel:	Unterschrift