

## Bestätigung über studienrelevante Funktionsbeeinträchtigung

Diese Bestätigung dient der Pädagogischen Hochschule Tirol als Grundlage für einen Nachteilsausgleich für Studierende im Sinne inklusiven Studierens.

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:

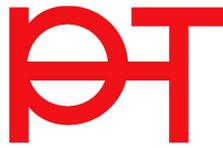
Angaben zu studienrelevanten Funktionseinschränkung (zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen)

Grobmotorik:

Laufen	vorübergehend	permanent
Gehen	vorübergehend	permanent
Sitzen	vorübergehend	permanent
Stehen	vorübergehend	permanent

Feinmotorik:

Sprechbeeinträchtigung oder –störung	vorübergehend	permanent
Feinmotorik (Hand/Finger)	vorübergehend (rechts)	permanent (rechts)
	vorübergehend (links)	permanent (links)



### Hörbeeinträchtigung:

Leicht (bis 30dB)	vorübergehend (rechts)	permanent (rechts)
	vorübergehend (links)	permanent (links)
Mittel (30-60dB)	vorübergehend (rechts)	permanent (rechts)
	vorübergehend (links)	permanent (links)
Schwer (60-90dB)	vorübergehend (rechts)	permanent (rechts)
	vorübergehend (links)	permanent (links)
Gehörlos (ab 90dB)	vorübergehend (rechts)	permanent (rechts)
	vorübergehend (links)	permanent (links)

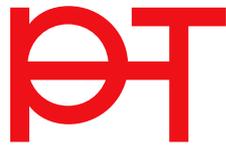
### Sehbeeinträchtigung:

Eingeschränktes Kontrast-sehen	vorübergehend (rechts)	permanent (rechts)
	vorübergehend (links)	permanent (links)
Eingeschränktes Farbsehen	vorübergehend (rechts)	permanent (rechts)
	vorübergehend (links)	permanent (links)
Eingeschränktes Gesichtsfeld	vorübergehend (rechts)	permanent (rechts)
	vorübergehend (links)	permanent (links)
Hochgradige Sehbehinderung (IT. Bundespflegegeldgesetz §4a (4) u. (5))	vorübergehend	permanent
Blindheit (IT. Bundespflegegeldgesetz §4a (4) u. (5))	vorübergehend	permanent



**Andere studienrelevante Beeinträchtigung bzw. detaillierte Erläuterungen zu den oben genannten Punkten, die hilfreich erscheinen, um einen Nachteilsausgleich zu vereinbaren.**

(Bitte jeweils Angabe, ob vorübergehend oder permanent)



Fachärztliche Bestätigung:

Zuname:	Vorname:	
<hr/>		
Fachärztin für:		
<hr/>		
Adresse:	Straße, Hausnummer:	
<hr/>		
PLZ:	Ort:	
<hr/>		
Datum:	Stempel:	Unterschrift