



## Antrag auf Nachteilsausgleich

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Fortbildungsprüfung:

\_\_\_\_\_

Beschreibung der Behinderung nach fachärztlichem Attest:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Behinderungsauswirkung auf Fortbildungsprüfungen nach fachärztlichem Attest:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Antrag auf konkreten Nachteilsausgleich nach fachärztlichem Attest  
Hiermit beantrage ich folgenden konkreten Nachteilsausgleich:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Anlage: Fachärztliches Attest (nicht älter als 12 Monate) mit Beschreibung der Behinderung, der Behinderungsauswirkungen auf Fortbildungsprüfungen und konkrete Empfehlung für Nachteilsausgleich**

**Hinweis: Der Antrag ist rechtzeitig mit dem Antrag auf Zulassung zu stellen!**

\_\_\_\_\_  
Ort /Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in