

# Einverständniserklärung

\_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_  
(Ihr Name und Vorname) (Ihr Geburtsdatum)

entbindet die Anlaufstelle barrierefreie Hochschule von der Schweigepflicht im Rahmen von Abklärungen zum Nachteilsausgleich, gegenüber der entsprechenden Studiengangs- und Departementsleitung sowie wo notwendig der Modulverantwortung. Diese erhalten Einsicht in das ärztliche Attest und den Antrag auf Nachteilsausgleich. Die Studienadministration, die Verantwortlichen der Prüfungsorganisation sowie die Prüfungsaufsichten erhalten Einsicht in die Verfügung, um die Umsetzung des Nachteilsausgleichs zu gewährleisten.

Mit folgender Unterzeichnung erklärt sich die antragstellende Person einverstanden, dass die Anlaufstelle barrierefreie Hochschule sämtliche Antragsdokumente mit der Vertrauensärztin/dem Vertrauensarzt der OST besprechen darf. Im Bedarfsfall kann die antragstellende Person durch die OST aufgefordert werden, die Vertrauensärztin/den Vertrauensarzt der OST zu konsultieren. Die Vertrauensärztin/der Vertrauensarzt ist im Bedarfsfall berechtigt, Rücksprache zu nehmen mit der behandelnden Fachperson gemäss des Attests.

Hinweis: Fehlt die Zustimmung für die Einverständniserklärung durch die antragstellende Person, kann eine adäquate Umsetzung der Massnahmen zum Nachteilsausgleich nicht gewährleistet werden.

Die Entbindung von der Schweigepflicht kann von der Studentin/dem Studenten jederzeit widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Ihre Unterschrift)