



## Anmeldung für Studierende der Universität St. Gallen

- Abklärung/Beratung bezüglich einer Dyslexie
- Empfehlung eines möglichen Nachteilsausgleiches
- Abklärung/Beratung bezüglich einer Dyskalkulie
- Empfehlung eines möglichen Nachteilsausgleiches

*Wir stehen unter Schweigepflicht. Alle uns vorliegenden Unterlagen/Informationen werden vertraulich behandelt und nur in Ihrem Einverständnis an Dritte weitergeleitet.*

### Personalien

Name / Vorname .....

Geschlecht .....

Geburtsdatum .....

1. Sprache (n) .....

Studium/Studienrichtung/Ausbildung .....

Beruf(e) .....

Adresse, PLZ / Ort .....

Telefon .....

e-mail .....

Bankverbindung .....

### Bestehende Diagnosen (Gutachten)

- keine Diagnose(n)/Gutachten vorhanden

	Zeitpunkt	Gutachter
1. Diagnose:	.....	.....
2. Diagnose:	.....	.....
3. Diagnose:	.....	.....

*Falls bei Ihnen eine Diagnose gestellt wurde, legen Sie uns bitte den Bericht, bzw. das Gutachten bei.*

### Förderung/Therapien

Haben sie je Förderung oder Therapie erhalten?

- nein

Wenn ja, von wem? In welchem Zeitraum? Förderschwerpunkte?

## Kurze Beschreibung Ihrer Schwierigkeiten bezüglich Schriftsprach- oder Mathematikerwerb

### Nachteilsausgleich

Haben Sie je einen offiziellen Nachteilsausgleich in Prüfungssituationen erhalten?

nein

Wenn ja, in welcher Form?

Gründe aus Ihrer Sicht für einen Nachteilsausgleich

### Ergänzende Bemerkungen

Wir weisen Sie darauf hin, dass wir erst mit unserer diagnostisch-beratenden Tätigkeit beginnen, wenn die entsprechende Gebühr auf unser Konto (PC-Kto. 90-16079-8, Schulpsychologischer Dienst des Kantons St. Gallen, Müller-Friedbergstrasse 34, 9400 Rorschach, IBAN: CH0900 0000 9001 6079 8, BIC: POFICHBEXXX ) überwiesen worden sind.

Der/die Unterzeichnende bestätigt, sich mit den oben genannten Bedingungen einverstanden.

.....  
Name

.....  
Datum, Unterschrift