

Fragebogen zur individuellen Anpassung von Testbedingungen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen **nur** dann aus, wenn nach Ihrer Ansicht aufgrund einer Behinderung oder einer längerfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigung ein Einzel- bzw. Kleingruppentest nötig ist.

Alle Angaben sind freiwillig. Mit Ihren Antworten helfen Sie uns, auch für Sie faire Testbedingungen herzustellen.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Verwaltung / Firma:

Angestrebte Ausbildung o. ä.:

Grad der Behinderung:

Art der Behinderung bzw. längerfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigung*:
(*freiwillige Angabe)

Worauf soll beim Einzel- bzw. Kleingruppentest geachtet werden (z. B. zusätzliche Pausen, größeres Schriftbild, Hilfsmittel,)?

Welche Hilfsmittel nutzen Sie derzeit?

Für evtl. Rückfragen bitten wir um folgende Angaben:

Telefon-Nummer (Festnetz):

Telefon-Nummer (mobil):

E-Mail:
