

## 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:

---