

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 eine Anpassung der Testzeit 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:

Worauf soll beim Online-Test für Sie geachtet werden?

Für Rückfragen bitten wir um folgende Angaben:

Telefon-Nummer (Festnetz):

Telefon-Nummer (mobil):

E-Mail:
