

Name, Vorname: _____

Email, Telefonnummer: _____

	A	B	C	D
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	A	B	C	D
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	A	B	C	D
41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
42	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
43	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
44	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
53	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
54	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
55	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
56	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
57	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nicht in dieses Feld schreiben. Nur vom Institut auszufüllen.

Summe der
Items 1 - 20

Summe der
Items 21-40

Summe der
Items 41-60

Name Einstufende/-r

Datum

Gesamtpunktzahl

	A	B	C	D
1			<input type="checkbox"/>	
2		<input type="checkbox"/>		
3		<input type="checkbox"/>		
4		<input type="checkbox"/>		
5		<input type="checkbox"/>		
6				<input type="checkbox"/>
7		<input type="checkbox"/>		
8			<input type="checkbox"/>	
9		<input type="checkbox"/>		
10	<input type="checkbox"/>			
11	<input type="checkbox"/>			
12		<input type="checkbox"/>		
13		<input type="checkbox"/>		
14		<input type="checkbox"/>		
15	<input type="checkbox"/>			
16		<input type="checkbox"/>		
17	<input type="checkbox"/>			
18		<input type="checkbox"/>		
19		<input type="checkbox"/>		
20	<input type="checkbox"/>			

Fläche bitte aus der Folie ausschneiden

	A	B	C	D
21			<input type="checkbox"/>	
22	<input type="checkbox"/>			
23			<input type="checkbox"/>	
24			<input type="checkbox"/>	
25		<input type="checkbox"/>		
26			<input type="checkbox"/>	
27			<input type="checkbox"/>	
28	<input type="checkbox"/>			
29			<input type="checkbox"/>	
30		<input type="checkbox"/>		
31				<input type="checkbox"/>
32			<input type="checkbox"/>	
33				<input type="checkbox"/>
34	<input type="checkbox"/>			
35		<input type="checkbox"/>		
36			<input type="checkbox"/>	
37	<input type="checkbox"/>			
38			<input type="checkbox"/>	
39		<input type="checkbox"/>		
40			<input type="checkbox"/>	

Fläche bitte aus der Folie ausschneiden

	A	B	C	D
41		<input type="checkbox"/>		
42		<input type="checkbox"/>		
43	<input type="checkbox"/>			
44		<input type="checkbox"/>		
45		<input type="checkbox"/>		
46				<input type="checkbox"/>
47				<input type="checkbox"/>
48		<input type="checkbox"/>		
49			<input type="checkbox"/>	
50				<input type="checkbox"/>
51			<input type="checkbox"/>	
52	<input type="checkbox"/>			
53	<input type="checkbox"/>			
54		<input type="checkbox"/>		
55	<input type="checkbox"/>			
56			<input type="checkbox"/>	
57		<input type="checkbox"/>		
58	<input type="checkbox"/>			
59	<input type="checkbox"/>			
60				<input type="checkbox"/>

Fläche bitte aus der Folie ausschneiden

Fläche bitte aus der Folie ausschneiden