

Name \_\_\_\_\_

Kundennummer \_\_\_\_\_



**Schriftliche Prüfung  
HÖREN**

ÖIF	01	01
-----	----	----

**Teil 1**

<b>1</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>
	a	b	c	
<b>2</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>2</b>
	a	b	c	
<b>3</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>3</b>
	a	b	c	
<b>4</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>4</b>
	a	b	c	
<b>5</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>5</b>
	a	b	c	
<b>6</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>6</b>
	a	b	c	
<b>7</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>7</b>
	a	b	c	

**Teil 2**

<b>8</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>8</b>
	a	b	c	
<b>9</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>9</b>
	a	b	c	

**Teil 3**

<b>10</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>10</b>
	a	b	c	
<b>11</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>11</b>
	a	b	c	
<b>12</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>12</b>
	a	b	c	

**Teil 4**

<b>13</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>13</b>
	richtig	falsch	
<b>14</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>14</b>
	richtig	falsch	
<b>15</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>15</b>
	richtig	falsch	

**Bitte geben Sie dieses Blatt nach „Hören“ bei der Prüfungsaufsicht ab!**