

Name \_\_\_\_\_

Kundennummer \_\_\_\_\_



Schriftliche Prüfung

HÖREN

|     |    |    |
|-----|----|----|
| DTÖ | 01 | 01 |
|-----|----|----|

Teil 1

|   |                          |                          |                          |   |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 |
|   | a                        | b                        | c                        |   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 |
|   | a                        | b                        | c                        |   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3 |
|   | a                        | b                        | c                        |   |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4 |
|   | a                        | b                        | c                        |   |

Teil 2

|   |                          |                          |                          |   |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5 |
|   | a                        | b                        | c                        |   |
| 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6 |
|   | a                        | b                        | c                        |   |
| 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7 |
|   | a                        | b                        | c                        |   |
| 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8 |
|   | a                        | b                        | c                        |   |
| 9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9 |
|   | a                        | b                        | c                        |   |

Teil 3

|    |                          |                          |                          |    |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|
| 10 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10                       |    |
|    | richtig                  | falsch                   |                          |    |
| 11 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11 |
|    | a                        | b                        | c                        |    |
| 12 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12                       |    |
|    | richtig                  | falsch                   |                          |    |
| 13 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13 |
|    | a                        | b                        | c                        |    |
| 14 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14                       |    |
|    | richtig                  | falsch                   |                          |    |
| 15 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15 |
|    | a                        | b                        | c                        |    |
| 16 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16                       |    |
|    | richtig                  | falsch                   |                          |    |
| 17 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17 |
|    | a                        | b                        | c                        |    |

Teil 4

|    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |    |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|
| 18 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18 |
|    | a                        | b                        | c                        | d                        | e                        | f                        |    |
| 19 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19 |
|    | a                        | b                        | c                        | d                        | e                        | f                        |    |
| 20 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20 |
|    | a                        | b                        | c                        | d                        | e                        | f                        |    |