

Name _____ KdNr _____



SCHRIFTLICHE PRÜFUNG
1 HÖREN

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	

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

Name _____ KdNr _____



SCHRIFTLICHE PRÜFUNG
2 LESEN

Teil 1

21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21
	a	b	c	
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22
	a	b	c	
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23
	a	b	c	
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24
	a	b	c	
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25
	a	b	c	

Teil 2

26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26
	a	b	c	d	e	f	g	h	x	
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27
	a	b	c	d	e	f	g	h	x	
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28
	a	b	c	d	e	f	g	h	x	
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29
	a	b	c	d	e	f	g	h	x	
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30
	a	b	c	d	e	f	g	h	x	

Teil 3

31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31	
	richtig	falsch		
32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32
	a	b	c	
33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33	
	richtig	falsch		
34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34
	a	b	c	
35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35	
	richtig	falsch		
36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36
	a	b	c	

Teil 4

37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37
	richtig	falsch	
38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38
	richtig	falsch	
39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39
	richtig	falsch	

Teil 5

40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40
	a	b	c	
41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41
	a	b	c	
42	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42
	a	b	c	
42	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43
	a	b	c	
44	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44
	a	b	c	
45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45
	a	b	c	

Name _____ KdNr _____



SCHRIFTLICHE PRÜFUNG
3 SCHREIBEN

Für die
Bewertung

--	--

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

Name _____ KdNr _____

Für die
Bewertung

--	--

Nur für Bewerter/innen!

Erstbewertung

	B1		A2		A1	0	
	gut erfüllt	erfüllt	gut erfüllt	erfüllt	erfüllt		
I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I
II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
	Thema verfehlt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			ja	nein			

BewerterID _____

Zweitbewertung

	B1		A2		A1	0	
	gut erfüllt	erfüllt	gut erfüllt	erfüllt	erfüllt		
I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I
II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
	Thema verfehlt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			ja	nein			

BewerterID _____

Bitten geben Sie dieses Blatt nach „Schreiben“ bei der Prüfungsaufsicht ab!