

Name der Ärztin / des Arztes / des medizinischen Fachpersonals  
Name of Doctor / Medical Professional (Speech therapist etc.)

Name und Adresse der Institution / ärztlichen Praxis, die das Attest ausstellt  
Name and address of the Institution / medical practice issuing this certificate

Name des / der Prüfungsteilnehmenden  
Name of the exam candidate

Name des Prüfungszentrums, an dem die Prüfung abgelegt werden soll; geplanter Prüfungstermin  
Name of examination center where the exam will be taken; planned date and time

Art des spezifischen Bedarfs (chronische Erkrankung / Behinderung)  
Type of special need (chronic illness / disability)

Ausmaß des spezifischen Bedarfs (z. B. Grad der Hörschwäche / Sehschwäche; Grad und genaue Charakterisierung der Rechtschreib- / Leseschwäche etc.)  
Extent of special need (e.g. extent of hearing impairment / visual impairment; degree and exact characterization of reading / writing impairment etc.)

**Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit des / der Prüfungsteilnehmenden in den einzelnen Prüfungsteilen:  
Impact on the participant's performance in the following exam sections:**

<b>Prüfungsteil / Exam Section</b>	<b>Auswirkungen / Impact</b>	<b>Beschreibung der Auswirkungen / Description of impact</b> <small>Bitte möglichst für Laien verständlich beschreiben. Please describe in a manner that can be understood by a layman.</small>
Lesen / Reading	<input type="checkbox"/> Ja / Yes  <input type="checkbox"/> Nein / No	
Hören / Listening	<input type="checkbox"/> Ja / Yes  <input type="checkbox"/> Nein / No	
Schreiben / Writing	<input type="checkbox"/> Ja / Yes  <input type="checkbox"/> Nein / No	
Sprechen / Speaking	<input type="checkbox"/> Ja / Yes  <input type="checkbox"/> Nein / No	

Sonstige Empfehlungen und Anmerkungen / Additional recommendations and comments:

---



---



---

Ausstellungsdatum, Stempel der Institution bzw. Praxis  
Date of issue, Seal of Institution or Practice

Unterschrift der / des Attestierenden  
Signature