

Schriftliche Heilpraktikerüberprüfung am 11. Oktober 2017
(ALLGEMEIN)
Lösungsbogen Gruppe A

Name, Vorname _____ Unterschrift _____

Bitte exakt und deutlich ankreuzen nach folgendem Muster:

A	B	<input checked="" type="checkbox"/>	D	E
---	---	-------------------------------------	---	---

Fragen- nummer	Antwort	Korrekturrand Gesundheitsamt
1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> E	
2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> E	
4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> E	
11	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
13	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> E	
15	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
16	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
17	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
18	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
19	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
20	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
21	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> E	
23	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	
24	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
25	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
26	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
27	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	
28	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	
29	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
30	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Fragen- nummer	Antwort	Korrekturrand Gesundheitsamt
31	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> E	
32	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
33	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> E	
34	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
35	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
36	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
37	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
38	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	
39	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
40	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> C <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	
41	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
42	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
43	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
44	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	
45	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	
46	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	
47	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	
48	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> E	
49	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
50	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
51	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> C <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	
52	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> E	
53	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> E	
54	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	
55	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	
56	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	
57	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> E	
58	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
59	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	
60	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	

Schriftliche Heilpraktikerüberprüfung am 11. Oktober 2017
(ALLGEMEIN)
Lösungsbogen Gruppe B

Name, Vorname _____ Unterschrift _____

Bitte exakt und deutlich ankreuzen nach folgendem Muster:

A	B	<input checked="" type="checkbox"/>	D	E
---	---	-------------------------------------	---	---

Fragen- nummer	Antwort	Korrekturrand Gesundheitsamt
1	<input checked="" type="checkbox"/> A	
2	<input type="checkbox"/> C	
3	<input checked="" type="checkbox"/> A	
4	<input type="checkbox"/> B	
5	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	
6	<input type="checkbox"/> C	
7	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D	
8	<input checked="" type="checkbox"/> A	
9	<input type="checkbox"/> B	
10	<input type="checkbox"/> D	
11	<input type="checkbox"/> D	
12	<input type="checkbox"/> D	
13	<input type="checkbox"/> E	
14	<input type="checkbox"/> D	
15	<input type="checkbox"/> D	
16	<input type="checkbox"/> D	
17	<input type="checkbox"/> C	
18	<input type="checkbox"/> C	
19	<input type="checkbox"/> B	
20	<input type="checkbox"/> C	
21	<input type="checkbox"/> C	
22	<input type="checkbox"/> D	
23	<input type="checkbox"/> B	
24	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	
25	<input type="checkbox"/> C	
26	<input type="checkbox"/> E	
27	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> E	
28	<input type="checkbox"/> B	
29	<input checked="" type="checkbox"/> A	
30	<input type="checkbox"/> E	

Fragen- nummer	Antwort	Korrekturrand Gesundheitsamt
31	<input type="checkbox"/> C	
32	<input type="checkbox"/> D	
33	<input checked="" type="checkbox"/> A	
34	<input type="checkbox"/> E	
35	<input type="checkbox"/> C	
36	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	
37	<input type="checkbox"/> E	
38	<input type="checkbox"/> E	
39	<input type="checkbox"/> B	
40	<input type="checkbox"/> D	
41	<input type="checkbox"/> B	
42	<input type="checkbox"/> D	
43	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> E	
44	<input type="checkbox"/> D	
45	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D	
46	<input checked="" type="checkbox"/> A	
47	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	
48	<input type="checkbox"/> D	
49	<input type="checkbox"/> D	
50	<input type="checkbox"/> C	
51	<input type="checkbox"/> D	
52	<input type="checkbox"/> E	
53	<input checked="" type="checkbox"/> A	
54	<input type="checkbox"/> C	
55	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C	
56	<input type="checkbox"/> B	
57	<input type="checkbox"/> E	
58	<input type="checkbox"/> C	
59	<input type="checkbox"/> C	
60	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C	