

**Schriftliche Heilpraktikerüberprüfung am 11. Oktober 2017**  
**(beschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie)**  
**Lösungsbogen Gruppe A**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte exakt und deutlich ankreuzen nach folgendem Muster:

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

| Fragen-<br>nummer | Antwort |   |   |   |   | Korrekturrand<br>Gesundheitsamt |
|-------------------|---------|---|---|---|---|---------------------------------|
| 1                 |         |   |   | D |   |                                 |
| 2                 |         |   |   | D |   |                                 |
| 3                 |         | B |   |   |   |                                 |
| 4                 |         |   | C |   |   |                                 |
| 5                 |         |   |   |   | E |                                 |
| 6                 |         | B |   |   |   |                                 |
| 7                 | A       |   |   |   | E |                                 |
| 8                 | A       |   | C |   |   |                                 |
| 9                 | A       |   |   |   | E |                                 |
| 10                |         |   | C |   |   |                                 |
| 11                |         |   |   | D |   |                                 |
| 12                |         | B |   | D |   |                                 |
| 13                |         |   |   | D |   |                                 |
| 14                | A       |   |   | D |   |                                 |
| 15                |         |   |   | D |   |                                 |
| 16                |         | B |   |   | E |                                 |
| 17                |         | B |   |   |   |                                 |
| 18                |         | B |   |   |   |                                 |
| 19                | A       |   |   |   | E |                                 |
| 20                |         |   |   | D |   |                                 |
| 21                |         |   | C |   | E |                                 |
| 22                |         | B |   |   |   |                                 |
| 23                |         |   | C |   |   |                                 |
| 24                | A       |   |   |   |   |                                 |
| 25                |         |   |   | D |   |                                 |
| 26                |         |   |   | D |   |                                 |
| 27                |         |   | C |   |   |                                 |
| 28                |         |   |   | D |   |                                 |

**Schriftliche Heilpraktikerüberprüfung am 11. Oktober 2017**  
**(beschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie)**  
**Lösungsbogen Gruppe B**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte exakt und deutlich ankreuzen nach folgendem Muster:

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

| Fragen-<br>nummer | Antwort |   |   |   |   | Korrekturrand<br>Gesundheitsamt |
|-------------------|---------|---|---|---|---|---------------------------------|
| 1                 |         |   |   |   | E |                                 |
| 2                 |         |   | C |   |   |                                 |
| 3                 |         |   |   | D |   |                                 |
| 4                 |         |   |   | D |   |                                 |
| 5                 |         |   |   | D |   |                                 |
| 6                 |         |   |   | D |   |                                 |
| 7                 |         |   | C |   | E |                                 |
| 8                 |         |   |   | D |   |                                 |
| 9                 |         | B |   |   |   |                                 |
| 10                |         | B |   |   |   |                                 |
| 11                |         | B |   |   | E |                                 |
| 12                |         | B |   |   |   |                                 |
| 13                |         |   | C |   |   |                                 |
| 14                |         |   |   | D |   |                                 |
| 15                | A       |   |   |   | E |                                 |
| 16                |         |   |   | D |   |                                 |
| 17                |         |   | C |   |   |                                 |
| 18                |         |   |   | D |   |                                 |
| 19                |         |   | C |   |   |                                 |
| 20                |         | B |   | D |   |                                 |
| 21                |         | B |   |   |   |                                 |
| 22                | A       |   | C |   |   |                                 |
| 23                |         |   |   | D |   |                                 |
| 24                |         | B |   |   |   |                                 |
| 25                | A       |   |   |   | E |                                 |
| 26                | A       |   |   |   | E |                                 |
| 27                | A       |   |   | D |   |                                 |
| 28                | A       |   |   |   |   |                                 |