

Schriftliche Heilpraktikerüberprüfung am 11. Oktober 2023
 (beschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie)
Lösungsbogen Gruppe B

Ich habe einen vollständigen Fragenkatalog erhalten.

Name, Vorname _____ Unterschrift _____

Bitte exakt und deutlich ankreuzen nach folgendem Muster:

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

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

Bitte prüfen Sie, ob Sie für jede gestellte Aufgabe die Antwort(en) angekreuzt haben!