

**gültig für die Durchführung von Prüfungen des Goethe-Instituts e.V.**

---

Name der Ärztin / des Arztes / des medizinischen Fachpersonals

---

Name und Adresse der Institution / ärztlichen Praxis, die das Attest ausstellt

---

Name des / der Prüfungsteilnehmenden

---

Name des Prüfungszentrums, an dem die Prüfung abgelegt werden soll; geplanter Prüfungstermin

---

Art des spezifischen Bedarfs (chronische Erkrankung / Behinderung)

---

Ausmaß des spezifischen Bedarfs (z. B. Grad der Hörschwäche / Sehschwäche; Grad und genaue Charakterisierung der Rechtschreib- / Leseschwäche etc.)

**Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit des / der Prüfungsteilnehmenden in den einzelnen Prüfungsteilen:**

<b>Prüfungsteil</b>	<b>Auswirkungen</b>	<b>Beschreibung der Auswirkungen</b> (bitte möglichst für Laien verständlich beschreiben)
Lesen	<input type="checkbox"/> Ja	
	<input type="checkbox"/> Nein	
Hören	<input type="checkbox"/> Ja	
	<input type="checkbox"/> Nein	
Schreiben	<input type="checkbox"/> Ja	
	<input type="checkbox"/> Nein	
Sprechen	<input type="checkbox"/> Ja	
	<input type="checkbox"/> Nein	

Sonstige Empfehlungen und Anmerkungen:

---

---

---

---

---

Ausstellungsdatum, Stempel der Institution bzw. Praxis

---

Unterschrift der / des Attestierenden