

X

Falls ja: Welcher Art ist Ihre gesundheitliche Beeinträchtigung?

Mobilitäts- und Bewegungsbeeinträchtigung ☐

Sehbeeinträchtigung/Blindheit ☐

Hörbeeinträchtigung/Gehörlosigkeit ☐

Sprach- bzw. Sprechbeeinträchtigung ☐

Psychische Beeinträchtigung/Erkrankung (z. B. Psychose, Essstörung, Suchterkrankung) ☐

Chronische somatische Krankheit (z. B. Asthma, Diabetes, Rheuma, MS) ☐

Teilleistungsstörung (z. B. Legasthenie, Dyskalkulie) ☐

Sonstige Beeinträchtigung/Erkrankung (z. B. Tumorerkrankung, Autismus) ☐

Dem Bundesdatenschutzgesetz entsprechend, weisen wir explizit darauf hin, dass die Beantwortung auch dieser Frage freiwillig ist!