

**Antwortbogen** Stand: Juli 2012

Bezeichnung des Fragebogens **FB**  
Fragebogen-Nr.

Datum mündliche (Nach-)Unterweisung ist erfolgt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Mitarbeiter/in (Vorname/Name)  Unterweisende/r (Vorname/Name)	Mitarbeiter/in (Unterschrift)  Unterweisende/r (Unterschrift)
--	---	---

**Zu einer Frage können auch mehrere Antworten richtig sein.**

Seite 1	Seite 2	Seite 3	Seite 4
<b>1</b> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<b>5</b> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<b>10</b> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<b>15</b> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
<b>2</b> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<b>6</b> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<b>11</b> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<b>16</b> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
<b>3</b> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<b>7</b> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<b>12</b> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<b>17</b> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
<b>4</b> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<b>8</b> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<b>13</b> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<b>18</b> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
	<b>9</b> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F	<b>14</b> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<b>19</b> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
			<b>20</b> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D