

**Personalfragebogen zur Aufnahmeprüfung am:** \_\_\_\_\_

**Bitte vollständig ausfüllen!**

Name	_____	Vorname	_____
Straße, Nr.	_____	PLZ, Ort	_____
Bundesland	_____	Staatsan- gehörigkeit	_____
Telefon	_____	Telefax	_____
E-Mail-Adresse	_____		
Geburtsdatum	_____	Geburtsort	_____
Schulabschluss (Art)	_____	Beruf	_____
Familienstand / Zahl der Kinder	_____	Konfession	_____

**Persönliche Voraussetzungen**

**Bitte beantworten Sie diese Fragen wahrheitsgemäß!**

... Chorerfahrung?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, von _____ bis _____
		Stimmlage _____
... Gesangsunterricht?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, von _____ bis _____
... Klavierunterricht?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, von _____ bis _____
... Unterricht an anderem/n Instrument(en)?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, von _____ bis _____
		Instrument/e _____
... Erfahrung als „Sprecher“	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, von _____ bis _____
... Bewegungserfahrung?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, von _____ bis _____
		Art _____

**Selbsteinschätzung der musiktheoretischen Vorkenntnisse**

- keine
- geringe  
*ich kann Noten lesen*
- mittel  
*ich kann Intervalle, Dreiklänge und Tonarten bestimmen*
- gut  
*ich kann Intervalle und Dreiklänge hören und habe weiterführende Kenntnisse in Harmonielehre*

Bisher ...

...psychische Erkrankung in den letzten 2 Jahren?  nein  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Erkrankung \_\_\_\_\_

... Atemwegserkrankung mit akuten Auswirkungen?  nein  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Erkrankung \_\_\_\_\_

... kieferorthopädische Behandlung?  nein  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

...Sprech-, Sprach- und Stimmtherapie  nein  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

...Lese-Rechtschreibstörung / Legasthenie

    a) bekannt?  nein  ja

    b) diagnostiziert?  nein  ja

    c) behandelt?  nein  ja

... orthopädische Erkrankung mit akuten Auswirkungen?  nein  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Erkrankung \_\_\_\_\_

... sonstige Erkrankungen mit akuten Auswirkungen?  nein  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Erkrankung \_\_\_\_\_

**Gewünschter Ausbildungsbeginn**

Februar  August des Jahres \_\_\_\_\_

Unterlagen	bereits vorgelegt	liegt / liegen bei	wird / werden nachgereicht bis
Noten für Klavierbegleitung Vortrag Singen (für AP vor Ort)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Text Vortrag Sprechen (für AP vor Ort)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Fragebogen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Tabellarischer Lebenslauf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2 Passbilder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Letztes Schulzeugnis (beglaubigte Kopie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
HNO-ärztliche Bescheinigung darüber, ob Stimm-, Hör- oder Sprachstörungen vorliegen. Die Bescheinigung muss enthalten:			
• ein phoniatisches Gutachten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
• einen stroboskopischen Befund			
• das Ergebnis eines Hörtests			

Ich erkläre ausdrücklich, wahrheitsgemäße Angaben gemacht zu haben.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_