



## Wie wachsen Kinder auf? D/T

### Mündlicher Fragebogen für Mütter und alleinerziehende Väter

**Das Interview mit diesem Fragebogen wird durchgeführt mit:**

K. 2

- a der leiblichen Mutter .....  1 12
- b dem alleinerziehenden leiblichen Vater .....  2
- c der Stiefmutter/Pflegemutter/Adoptivmutter /  
seit mindestens einem Jahr beim Vater lebende neue Partnerin ...  3

**Vor Interview eintragen:**

Vornamen des Zielkinds: ..... K. 1

Laufende Nummer des Zielkinds: ..... 13-18

Laufende Nummer der Mutter/des Vaters  
(an wen übergeben): ..... 3-8

**Codeziffer des Fragebogens:** ..... 21 K. 1/1-2

Nr.		K.2	Weiter mit																																																																																																																																																																																																
2001.	<p>Wie würden Sie Ihr Kind ... <b>(Zielkind nennen = ist das Kind, das auf dem Adressenblatt steht)</b> beschreiben? Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Ihr Kind zu?</p> <p> <b>Liste 2001 vorlegen und Vorgaben nacheinander vorlesen!</b></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th data-bbox="178 459 300 488">Ihr Kind ...</th> <th data-bbox="976 338 1070 427">Trifft voll und ganz zu</th> <th data-bbox="1098 338 1161 427">Trifft eher zu</th> <th data-bbox="1203 338 1267 456">Trifft eher nicht zu</th> <th data-bbox="1294 338 1406 427">Trifft überhaupt nicht zu</th> <th data-bbox="1369 510 1394 533"></th> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1018 465 1027 488">1</td> <td data-bbox="1123 465 1133 488">2</td> <td data-bbox="1228 465 1238 488">3</td> <td data-bbox="1334 465 1343 488">4</td> <td></td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>● ist gern mit anderen zusammen .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>● rauft gerne .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>● findet sich o.k. ....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>● kann nichts ablenken, wenn es mit etwas angefangen hat .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>● hat Spaß, andere zu ärgern .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>● merkt, wenn es seinem Freund/seiner Freundin schlecht geht .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>● ist manchmal ängstlich .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>● lacht gerne .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>● fällt gelegentlich anderen auf die Nerven .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>● ist manchmal traurig .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>● ist stolz auf das, was es geschafft hat .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>● fühlt sich manchmal allein .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>● ist meist gut gelaunt .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>● ist zappelig .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>● hat viele Ideen .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>27</td> </tr> <tr> <td>● lernt gerne neue Kinder kennen .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>28</td> </tr> <tr> <td>● verliert leicht die Beherrschung .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>29</td> </tr> <tr> <td>● mag es lieber, wenn ein anderes Kind sagt, was sie spielen sollen .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>● kann sich gut vorstellen, wie sich andere Kinder so fühlen .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>31</td> </tr> <tr> <td>● fängt oft mit jemand Streit an .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>32</td> </tr> <tr> <td>● fühlt sich manchmal unsicher .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>33</td> </tr> <tr> <td>● kann nicht lange stillsitzen .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>34</td> </tr> <tr> <td>● ist schüchtern .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>35</td> </tr> <tr> <td>● probiert gerne neue Sachen aus .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>● handelt oft, ohne nachzudenken .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>37</td> </tr> <tr> <td>● ist oft wütend auf andere .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>38</td> </tr> <tr> <td>● hat manchmal Angst vor fremden Kindern .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>39</td> </tr> <tr> <td>● ist oft launisch .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>40</td> </tr> <tr> <td>● setzt sich gegenüber anderen Kindern durch .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>41</td> </tr> <tr> <td>● begreift schnell .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>42</td> </tr> </tbody> </table>	Ihr Kind ...	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu			1	2	3	4		● ist gern mit anderen zusammen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	● rauft gerne .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	● findet sich o.k. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	● kann nichts ablenken, wenn es mit etwas angefangen hat .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	● hat Spaß, andere zu ärgern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	● merkt, wenn es seinem Freund/seiner Freundin schlecht geht .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18	● ist manchmal ängstlich .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19	● lacht gerne .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20	● fällt gelegentlich anderen auf die Nerven .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21	● ist manchmal traurig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22	● ist stolz auf das, was es geschafft hat .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23	● fühlt sich manchmal allein .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24	● ist meist gut gelaunt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25	● ist zappelig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26	● hat viele Ideen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27	● lernt gerne neue Kinder kennen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28	● verliert leicht die Beherrschung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29	● mag es lieber, wenn ein anderes Kind sagt, was sie spielen sollen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30	● kann sich gut vorstellen, wie sich andere Kinder so fühlen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31	● fängt oft mit jemand Streit an .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32	● fühlt sich manchmal unsicher .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33	● kann nicht lange stillsitzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34	● ist schüchtern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35	● probiert gerne neue Sachen aus .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36	● handelt oft, ohne nachzudenken .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37	● ist oft wütend auf andere .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38	● hat manchmal Angst vor fremden Kindern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39	● ist oft launisch .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40	● setzt sich gegenüber anderen Kindern durch .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41	● begreift schnell .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42		
Ihr Kind ...	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu																																																																																																																																																																																															
	1	2	3	4																																																																																																																																																																																															
● ist gern mit anderen zusammen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13																																																																																																																																																																																														
● rauft gerne .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14																																																																																																																																																																																														
● findet sich o.k. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15																																																																																																																																																																																														
● kann nichts ablenken, wenn es mit etwas angefangen hat .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16																																																																																																																																																																																														
● hat Spaß, andere zu ärgern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17																																																																																																																																																																																														
● merkt, wenn es seinem Freund/seiner Freundin schlecht geht .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18																																																																																																																																																																																														
● ist manchmal ängstlich .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19																																																																																																																																																																																														
● lacht gerne .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20																																																																																																																																																																																														
● fällt gelegentlich anderen auf die Nerven .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21																																																																																																																																																																																														
● ist manchmal traurig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22																																																																																																																																																																																														
● ist stolz auf das, was es geschafft hat .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23																																																																																																																																																																																														
● fühlt sich manchmal allein .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24																																																																																																																																																																																														
● ist meist gut gelaunt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25																																																																																																																																																																																														
● ist zappelig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26																																																																																																																																																																																														
● hat viele Ideen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27																																																																																																																																																																																														
● lernt gerne neue Kinder kennen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28																																																																																																																																																																																														
● verliert leicht die Beherrschung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29																																																																																																																																																																																														
● mag es lieber, wenn ein anderes Kind sagt, was sie spielen sollen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30																																																																																																																																																																																														
● kann sich gut vorstellen, wie sich andere Kinder so fühlen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31																																																																																																																																																																																														
● fängt oft mit jemand Streit an .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32																																																																																																																																																																																														
● fühlt sich manchmal unsicher .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33																																																																																																																																																																																														
● kann nicht lange stillsitzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34																																																																																																																																																																																														
● ist schüchtern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35																																																																																																																																																																																														
● probiert gerne neue Sachen aus .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36																																																																																																																																																																																														
● handelt oft, ohne nachzudenken .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37																																																																																																																																																																																														
● ist oft wütend auf andere .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38																																																																																																																																																																																														
● hat manchmal Angst vor fremden Kindern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39																																																																																																																																																																																														
● ist oft launisch .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40																																																																																																																																																																																														
● setzt sich gegenüber anderen Kindern durch .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41																																																																																																																																																																																														
● begreift schnell .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42																																																																																																																																																																																														

Nr.	K.2	Weiter mit																																																																								
2002.	<p>Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf ... (<b>Zielkind nennen</b>) zu?</p> <p> <b>Liste 2002 vorlegen und Vorgaben nacheinander vorlesen!</b></p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="text-align: center; width: 10%;">Trifft voll und ganz zu</th> <th style="text-align: center; width: 10%;">Trifft eher zu</th> <th style="text-align: center; width: 10%;">Trifft eher nicht zu</th> <th style="text-align: center; width: 10%;">Trifft überhaupt nicht zu</th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> <tr> <td></td> <th style="text-align: center;">1</th> <th style="text-align: center;">2</th> <th style="text-align: center;">3</th> <th style="text-align: center;">4</th> <td></td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Wenn sich Widerstände auftun, findet mein Kind Mittel und Wege, um sich durchzusetzen .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">43</td> </tr> <tr> <td>Die Lösung schwieriger Probleme gelingt meinem Kind immer, wenn es sich darum bemüht .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">44</td> </tr> <tr> <td>Es bereitet meinem Kind keine Schwierigkeiten, eigene Absichten und Ziele zu verwirklichen .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">45</td> </tr> <tr> <td>In unerwarteten Situationen weiß mein Kind immer, wie es sich verhalten soll .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">46</td> </tr> <tr> <td>Auch bei überraschenden Ereignissen kommt mein Kind gut mit diesen zurecht .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">47</td> </tr> <tr> <td>Schwierigkeiten sieht mein Kind gelassen entgegen, weil es den eigenen Fähigkeiten immer vertrauen kann .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">48</td> </tr> <tr> <td>Mein Kind weiß: Was auch immer passiert, es wird schon klarkommen .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">49</td> </tr> <tr> <td>Für jedes Problem kann mein Kind eine Lösung finden .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">50</td> </tr> <tr> <td>Wenn eine neue Sache auf mein Kind zukommt, weiß es, wie es damit umgehen kann .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">51</td> </tr> <tr> <td>Wenn ein Problem auf mein Kind zukommt, hat es meist mehrere Ideen, wie man es lösen kann .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">52</td> </tr> </tbody> </table>		Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu			1	2	3	4		Wenn sich Widerstände auftun, findet mein Kind Mittel und Wege, um sich durchzusetzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43	Die Lösung schwieriger Probleme gelingt meinem Kind immer, wenn es sich darum bemüht .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44	Es bereitet meinem Kind keine Schwierigkeiten, eigene Absichten und Ziele zu verwirklichen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45	In unerwarteten Situationen weiß mein Kind immer, wie es sich verhalten soll .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46	Auch bei überraschenden Ereignissen kommt mein Kind gut mit diesen zurecht .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47	Schwierigkeiten sieht mein Kind gelassen entgegen, weil es den eigenen Fähigkeiten immer vertrauen kann .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48	Mein Kind weiß: Was auch immer passiert, es wird schon klarkommen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49	Für jedes Problem kann mein Kind eine Lösung finden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50	Wenn eine neue Sache auf mein Kind zukommt, weiß es, wie es damit umgehen kann .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51	Wenn ein Problem auf mein Kind zukommt, hat es meist mehrere Ideen, wie man es lösen kann .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52	
	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu																																																																						
	1	2	3	4																																																																						
Wenn sich Widerstände auftun, findet mein Kind Mittel und Wege, um sich durchzusetzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43																																																																					
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt meinem Kind immer, wenn es sich darum bemüht .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44																																																																					
Es bereitet meinem Kind keine Schwierigkeiten, eigene Absichten und Ziele zu verwirklichen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45																																																																					
In unerwarteten Situationen weiß mein Kind immer, wie es sich verhalten soll .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46																																																																					
Auch bei überraschenden Ereignissen kommt mein Kind gut mit diesen zurecht .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47																																																																					
Schwierigkeiten sieht mein Kind gelassen entgegen, weil es den eigenen Fähigkeiten immer vertrauen kann .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48																																																																					
Mein Kind weiß: Was auch immer passiert, es wird schon klarkommen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49																																																																					
Für jedes Problem kann mein Kind eine Lösung finden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50																																																																					
Wenn eine neue Sache auf mein Kind zukommt, weiß es, wie es damit umgehen kann .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51																																																																					
Wenn ein Problem auf mein Kind zukommt, hat es meist mehrere Ideen, wie man es lösen kann .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52																																																																					
2003.	<p>Wie oft ist die Familie vollzählig beim Frühstück, Mittagessen, Abendessen zusammen?</p> <p> <b>Bei Alleinerziehenden sind nur diese und ihr(e) Kinder gemeint.</b></p> <p> <b>Liste 2003 vorlegen und Vorgaben vorlesen!</b></p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="text-align: center; width: 10%;">Täglich</th> <th style="text-align: center; width: 10%;">Mehrere Male in der Woche</th> <th style="text-align: center; width: 10%;">Mehrere Male im Monat</th> <th style="text-align: center; width: 10%;">Seltener</th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> <tr> <td></td> <th style="text-align: center;">1</th> <th style="text-align: center;">2</th> <th style="text-align: center;">3</th> <th style="text-align: center;">4</th> <td></td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vollzählig beim Frühstück .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">53</td> </tr> <tr> <td>Vollzählig beim Mittagessen .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">54</td> </tr> <tr> <td>Vollzählig beim Abendessen .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">55</td> </tr> </tbody> </table>		Täglich	Mehrere Male in der Woche	Mehrere Male im Monat	Seltener			1	2	3	4		Vollzählig beim Frühstück .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53	Vollzählig beim Mittagessen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54	Vollzählig beim Abendessen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55																																											
	Täglich	Mehrere Male in der Woche	Mehrere Male im Monat	Seltener																																																																						
	1	2	3	4																																																																						
Vollzählig beim Frühstück .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53																																																																					
Vollzählig beim Mittagessen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54																																																																					
Vollzählig beim Abendessen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55																																																																					



Nr.		K.2 Weiter mit																																																																																																																															
2007.	<p>Ich lese Ihnen nun einige Ereignisse vor, die das Leben stark verändern können. Bitte sagen Sie mir jeweils, ob ein solches Ereignis in den letzten 12 Monaten in Ihrer Familie vorgekommen ist und wenn ja, ob ... (<b>Zielkind</b>) dieses Ereignis <b>derzeit</b> als sehr belastend, als belastend oder nicht belastend erlebt.</p> <p> <b>Liste 2007 vorlegen!</b></p> <table border="1" data-bbox="794 338 1390 1328"> <thead> <tr> <th rowspan="3"></th> <th colspan="2">In den letzten 12 Monaten vorgekommen</th> <th colspan="4">Zielkind erlebt es derzeit als ...</th> </tr> <tr> <th>Nein</th> <th>Ja</th> <th>sehr belastend</th> <th>etwas belastend</th> <th>nicht belastend</th> <th>Weiß nicht</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Familienzuwachs durch Geburt eines weiteren Kindes ....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>70</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>71</td> </tr> <tr> <td>Familienzuwachs durch weitere Familienmitglieder, z.B. durch neue Partnerschaft .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>72</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>73</td> </tr> <tr> <td>Längere Trennung von mindestens einem Elternteil von Ihrem Kind (z.B. wegen Kur oder längerer Krankheit) .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>74</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>75</td> </tr> <tr> <td>Schwere Krankheit eines Elternteils von Ihrem Kind .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>76</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>Schwere Krankheit oder Tod eines anderen Familienmitglieds .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>78</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>79</td> </tr> <tr> <td>Auszug eines Elternteils, Trennung oder Scheidung .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>80</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>81</td> </tr> <tr> <td>Auszug eines anderen Familienmitglieds .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>82</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>83</td> </tr> <tr> <td>Wiedereinstieg von Ihnen oder Ihrem Partner in den Beruf .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>84</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>85</td> </tr> <tr> <td>Arbeitslosigkeit von Ihnen oder Ihrem Partner .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>86</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>87</td> </tr> <tr> <td>Sie bzw. die Familie sind umgezogen .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>88</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>89</td> </tr> <tr> <td>Schwere Krankheit oder Tod einer Freundin oder eines Freundes Ihres Kindes .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>90</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>91</td> </tr> <tr> <td>Krankheit oder Tod eines Haustiers .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>92</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>93</td> </tr> </tbody> </table>		In den letzten 12 Monaten vorgekommen		Zielkind erlebt es derzeit als ...				Nein	Ja	sehr belastend	etwas belastend	nicht belastend	Weiß nicht	1	2	1	2	3	8	Familienzuwachs durch Geburt eines weiteren Kindes ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	71	Familienzuwachs durch weitere Familienmitglieder, z.B. durch neue Partnerschaft .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	72	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	73	Längere Trennung von mindestens einem Elternteil von Ihrem Kind (z.B. wegen Kur oder längerer Krankheit) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	74	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	75	Schwere Krankheit eines Elternteils von Ihrem Kind .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	76	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	77	Schwere Krankheit oder Tod eines anderen Familienmitglieds .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	78	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	79	Auszug eines Elternteils, Trennung oder Scheidung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	80	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	81	Auszug eines anderen Familienmitglieds .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	82	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	83	Wiedereinstieg von Ihnen oder Ihrem Partner in den Beruf .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	84	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	85	Arbeitslosigkeit von Ihnen oder Ihrem Partner .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	86	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	87	Sie bzw. die Familie sind umgezogen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	89	Schwere Krankheit oder Tod einer Freundin oder eines Freundes Ihres Kindes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	90	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	91	Krankheit oder Tod eines Haustiers .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	92	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	93	
	In den letzten 12 Monaten vorgekommen		Zielkind erlebt es derzeit als ...																																																																																																																														
	Nein		Ja	sehr belastend	etwas belastend	nicht belastend	Weiß nicht																																																																																																																										
	1	2	1	2	3	8																																																																																																																											
Familienzuwachs durch Geburt eines weiteren Kindes ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	71																																																																																																																									
Familienzuwachs durch weitere Familienmitglieder, z.B. durch neue Partnerschaft .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	72	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	73																																																																																																																									
Längere Trennung von mindestens einem Elternteil von Ihrem Kind (z.B. wegen Kur oder längerer Krankheit) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	74	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	75																																																																																																																									
Schwere Krankheit eines Elternteils von Ihrem Kind .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	76	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	77																																																																																																																									
Schwere Krankheit oder Tod eines anderen Familienmitglieds .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	78	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	79																																																																																																																									
Auszug eines Elternteils, Trennung oder Scheidung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	80	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	81																																																																																																																									
Auszug eines anderen Familienmitglieds .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	82	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	83																																																																																																																									
Wiedereinstieg von Ihnen oder Ihrem Partner in den Beruf .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	84	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	85																																																																																																																									
Arbeitslosigkeit von Ihnen oder Ihrem Partner .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	86	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	87																																																																																																																									
Sie bzw. die Familie sind umgezogen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	89																																																																																																																									
Schwere Krankheit oder Tod einer Freundin oder eines Freundes Ihres Kindes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	90	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	91																																																																																																																									
Krankheit oder Tod eines Haustiers .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	92	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	93																																																																																																																									
2008.	<p>Gab es in den letzten 12 Monaten durch folgende Ereignisse Probleme in Ihrer Familie? <b>Ja</b> <b>Nein</b></p> <p> <b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <table border="1" data-bbox="1241 1420 1422 2123"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nein</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Probleme durch unerledigte Aufgaben im Haushalt .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>94</td> </tr> <tr> <td>Konflikt und Streit zwischen Ihnen und Ihrem Partner .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>Probleme durch angespannte Stimmung oder Hektik im Alltag .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>96</td> </tr> <tr> <td>Probleme durch körperliche Krankheit oder Tod eines nahen Familienmitglieds, auch wenn dieses nicht im Haushalt lebt .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>97</td> </tr> <tr> <td>Verhaltensprobleme eines oder mehrerer Ihrer Kinder .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>Probleme durch das Verhalten Ihrer Eltern oder Schwiegereltern .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>Schulprobleme .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>Probleme durch zu wenig Geld in der Familienkasse .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>101</td> </tr> <tr> <td>Probleme bei Ihnen oder Ihrem Partner, z.B. Alkohol oder Gerichtsprozesse .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>102</td> </tr> <tr> <td>Gesundheitliche Probleme eines oder mehrerer Ihrer Kinder .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>103</td> </tr> <tr> <td>Probleme, miteinander zurechtzukommen .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>104</td> </tr> <tr> <td>Probleme bezüglich der Frage, wer welche Aufgaben im Haushalt übernimmt .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>105</td> </tr> <tr> <td>Probleme durch beruflichen Streß bei Ihnen oder Ihrem Partner .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>106</td> </tr> <tr> <td>Probleme durch Mangel an Zeit zum Entspannen und Abschalten .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>107</td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein		1	2	Probleme durch unerledigte Aufgaben im Haushalt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	94	Konflikt und Streit zwischen Ihnen und Ihrem Partner .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	95	Probleme durch angespannte Stimmung oder Hektik im Alltag .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	96	Probleme durch körperliche Krankheit oder Tod eines nahen Familienmitglieds, auch wenn dieses nicht im Haushalt lebt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	97	Verhaltensprobleme eines oder mehrerer Ihrer Kinder .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	Probleme durch das Verhalten Ihrer Eltern oder Schwiegereltern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	99	Schulprobleme .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100	Probleme durch zu wenig Geld in der Familienkasse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	101	Probleme bei Ihnen oder Ihrem Partner, z.B. Alkohol oder Gerichtsprozesse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	102	Gesundheitliche Probleme eines oder mehrerer Ihrer Kinder .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	103	Probleme, miteinander zurechtzukommen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	104	Probleme bezüglich der Frage, wer welche Aufgaben im Haushalt übernimmt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	105	Probleme durch beruflichen Streß bei Ihnen oder Ihrem Partner .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	106	Probleme durch Mangel an Zeit zum Entspannen und Abschalten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	107																																																																		
	Ja	Nein																																																																																																																															
	1	2																																																																																																																															
Probleme durch unerledigte Aufgaben im Haushalt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	94																																																																																																																														
Konflikt und Streit zwischen Ihnen und Ihrem Partner .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	95																																																																																																																														
Probleme durch angespannte Stimmung oder Hektik im Alltag .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	96																																																																																																																														
Probleme durch körperliche Krankheit oder Tod eines nahen Familienmitglieds, auch wenn dieses nicht im Haushalt lebt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	97																																																																																																																														
Verhaltensprobleme eines oder mehrerer Ihrer Kinder .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98																																																																																																																														
Probleme durch das Verhalten Ihrer Eltern oder Schwiegereltern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	99																																																																																																																														
Schulprobleme .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100																																																																																																																														
Probleme durch zu wenig Geld in der Familienkasse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	101																																																																																																																														
Probleme bei Ihnen oder Ihrem Partner, z.B. Alkohol oder Gerichtsprozesse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	102																																																																																																																														
Gesundheitliche Probleme eines oder mehrerer Ihrer Kinder .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	103																																																																																																																														
Probleme, miteinander zurechtzukommen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	104																																																																																																																														
Probleme bezüglich der Frage, wer welche Aufgaben im Haushalt übernimmt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	105																																																																																																																														
Probleme durch beruflichen Streß bei Ihnen oder Ihrem Partner .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	106																																																																																																																														
Probleme durch Mangel an Zeit zum Entspannen und Abschalten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	107																																																																																																																														

Nr.		K.2 Weiter mit
2009.	<p>Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine oder mehrere der folgenden Angebote oder Einrichtungen in Anspruch genommen?</p> <p style="text-align: right;"><b>Ja</b>      <b>Nein</b></p> <p style="text-align: center;">1                      2</p> <p><b>👉 Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <p>Angebot einer Familienbildungsstätte ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> 108</p> <p>Beratung in Partnerschafts-, Familien- oder Erziehungsfragen ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> 109</p> <p>Wirtschaftliche Hilfen des Jugendamtes ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> 110</p> <p>Sozialpädagogische Familienhilfe ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> 111</p> <p>Sozialpädagogische Tagesgruppe für Kinder ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> 112</p> <p>Beratung durch Erzieherinnen in Kindergarten oder Hort ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> 113</p> <p>Schulpsychologe, Kindertherapeut ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> 114</p> <p>Beratung durch Lehrer, Lehrerinnen bzw. Schule ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> 115</p> <p>Andere Beratung oder Hilfe durch das Jugendamt ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> 116</p> <p>Sonstige Hilfe ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> 117</p>	
2010.	<p>Jetzt geht es um Taschengeld. Bekommt ... (<b>Zielkind nennen</b>) Taschengeld, das er/sie ganz für sich allein verwenden kann?</p> <p style="text-align: right;">Ja ..... <input type="checkbox"/> 1 118</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: right;">Nein ..... <input type="checkbox"/> 2</p>	2011 <b>2101</b>
2011.	<p>Ist das immer ein fester Betrag?</p> <p style="text-align: right;">Ja ..... <input type="checkbox"/> 1 119</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: right;">Nein ..... <input type="checkbox"/> 2</p>	2012 <b>2101</b>
2012.	<p>Wie hoch ist dieser Betrag? Bitte sagen Sie mir dazu, ob das pro Tag, pro Woche oder pro Monat ist.</p> <p style="text-align: right;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Euro    <input type="text"/> <input type="text"/> Cent  <small>120-122                      123-124</small> </p> <p><b>👉 Bitte zusätzlich ankreuzen:</b></p> <p>pro Tag ..... <input type="checkbox"/> 1 125</p> <p>pro Woche ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>pro Monat ..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Kind bekommt Taschengeld unregelmäßig ..... <input type="checkbox"/> 4</p>	

Nr.		K.3 Weiter mit																																																																								
2101.	Auf welche Schule geht ... <i>(Zielkind nennen)</i> ?  Grundschule ..... <input type="checkbox"/> 1 12 Förderschule, Sonderschule, Sprachheilschule ..... <input type="checkbox"/> 2 Grundschule mit einem besonderen pädagogischen Konzept, z.B. Montessori, Waldorf ..... <input type="checkbox"/> 3 Sonstige Schule ..... <input type="checkbox"/> 4																																																																									
2102.	In welchem Jahr wurde ... <i>(Zielkind)</i> eingeschult? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 13-16																																																																									
2103.	In welcher Betreuungsform war ... <i>(Zielkind)</i> vorher? <b>👉 Vorgaben bitte vorlesen!</b>  <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Ja</th> <th style="text-align: center;">Nein</th> <th></th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">1</th> <th style="text-align: center;">2</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>In einer Krippe .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">17</td> </tr> <tr> <td>In einer Kleinkindergruppe mit mindestens 5 Kindern .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">18</td> </tr> <tr> <td>In einem Kindergarten .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">19</td> </tr> <tr> <td>In einer Vorschule .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">20</td> </tr> <tr> <td>Bei einer Tagesmutter .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">21</td> </tr> <tr> <td>Bei einer anderen Betreuungsperson .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">22</td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein			1	2		In einer Krippe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	In einer Kleinkindergruppe mit mindestens 5 Kindern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18	In einem Kindergarten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19	In einer Vorschule .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20	Bei einer Tagesmutter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21	Bei einer anderen Betreuungsperson .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22																																									
	Ja	Nein																																																																								
	1	2																																																																								
In einer Krippe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17																																																																							
In einer Kleinkindergruppe mit mindestens 5 Kindern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18																																																																							
In einem Kindergarten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19																																																																							
In einer Vorschule .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20																																																																							
Bei einer Tagesmutter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21																																																																							
Bei einer anderen Betreuungsperson .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22																																																																							
2104.	<b>👉 Fragen bitte vorlesen:</b>  <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Ja</th> <th style="text-align: center;">Nein</th> <th></th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">1</th> <th style="text-align: center;">2</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>● Wurde ... <i>(Zielkind)</i> vorzeitig eingeschult? .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">23</td> </tr> <tr> <td>● Wurde ... <i>(Zielkind)</i> zurückgestellt? .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">24</td> </tr> <tr> <td>● Hat ... <i>(Zielkind)</i> eine Klasse wiederholt? .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">25</td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein			1	2		● Wurde ... <i>(Zielkind)</i> vorzeitig eingeschult? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23	● Wurde ... <i>(Zielkind)</i> zurückgestellt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24	● Hat ... <i>(Zielkind)</i> eine Klasse wiederholt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25																																																					
	Ja	Nein																																																																								
	1	2																																																																								
● Wurde ... <i>(Zielkind)</i> vorzeitig eingeschult? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23																																																																							
● Wurde ... <i>(Zielkind)</i> zurückgestellt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24																																																																							
● Hat ... <i>(Zielkind)</i> eine Klasse wiederholt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25																																																																							
2105.	Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit den schulischen Leistungen von ... <i>(Zielkind)</i> ? <b>👉 Vorgaben bitte vorlesen!</b>  <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>● Sehr zufrieden? .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1 26</td> </tr> <tr> <td>● eher zufrieden? .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>● eher unzufrieden? .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>● oder sehr unzufrieden? .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> </tbody> </table>	● Sehr zufrieden? .....	<input type="checkbox"/>	1 26	● eher zufrieden? .....	<input type="checkbox"/>	2	● eher unzufrieden? .....	<input type="checkbox"/>	3	● oder sehr unzufrieden? .....	<input type="checkbox"/>	4																																																													
● Sehr zufrieden? .....	<input type="checkbox"/>	1 26																																																																								
● eher zufrieden? .....	<input type="checkbox"/>	2																																																																								
● eher unzufrieden? .....	<input type="checkbox"/>	3																																																																								
● oder sehr unzufrieden? .....	<input type="checkbox"/>	4																																																																								
2106.	Wie gut ist ... <i>(Zielkind)</i> in den einzelnen Fächern? <b>👉 Liste 2106 vorlegen und Vorgaben vorlesen!</b>  <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sehr gut</th> <th style="text-align: center;">Gut</th> <th style="text-align: center;">Nicht so gut</th> <th style="text-align: center;">Überhaupt nicht gut</th> <th style="text-align: center;">Weiß nicht</th> <th style="text-align: center;">Kind hat dieses Fach nicht</th> <th></th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">1</th> <th style="text-align: center;">2</th> <th style="text-align: center;">3</th> <th style="text-align: center;">4</th> <th style="text-align: center;">8</th> <th style="text-align: center;">6</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Rechnen / Mathematik .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">27-28</td> </tr> <tr> <td>Rechtschreiben .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">29-30</td> </tr> <tr> <td>Lesen .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">31-32</td> </tr> <tr> <td>Sport .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">33-34</td> </tr> <tr> <td>Musik .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">35-36</td> </tr> <tr> <td>Zeichnen / Kunst .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">37-38</td> </tr> <tr> <td>Heimat- und Sachkunde (HSK) .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">39-40</td> </tr> </tbody> </table>		Sehr gut	Gut	Nicht so gut	Überhaupt nicht gut	Weiß nicht	Kind hat dieses Fach nicht			1	2	3	4	8	6		Rechnen / Mathematik .....	<input type="checkbox"/>	27-28	Rechtschreiben .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29-30	Lesen .....	<input type="checkbox"/>	31-32	Sport .....	<input type="checkbox"/>	33-34	Musik .....	<input type="checkbox"/>	35-36	Zeichnen / Kunst .....	<input type="checkbox"/>	37-38	Heimat- und Sachkunde (HSK) .....	<input type="checkbox"/>	39-40																															
	Sehr gut	Gut	Nicht so gut	Überhaupt nicht gut	Weiß nicht	Kind hat dieses Fach nicht																																																																				
	1	2	3	4	8	6																																																																				
Rechnen / Mathematik .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27-28																																																																			
Rechtschreiben .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29-30																																																																			
Lesen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31-32																																																																			
Sport .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33-34																																																																			
Musik .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35-36																																																																			
Zeichnen / Kunst .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37-38																																																																			
Heimat- und Sachkunde (HSK) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39-40																																																																			

Nr.	K.3	Weiter mit																																										
2107.	<p>Wie häufig haben Sie im letzten Schuljahr mit dem Lehrer oder der Lehrerin von ... (<b>Zielkind nennen</b>) Gespräche geführt?</p> <p>Nie ..... <input type="checkbox"/> 1 41                      1- bis 2-mal ..... <input type="checkbox"/> 2                      Öfters ..... <input type="checkbox"/> 3</p>																																											
2108.	<p>Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf ... (<b>Zielkind</b>) zu?</p> <p><b>☞ Liste 2108 vorlegen und Vorgaben vorlesen!</b></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Trifft voll und ganz zu</th> <th>Trifft eher zu</th> <th>Trifft eher nicht zu</th> <th>Trifft überhaupt nicht zu</th> <th>Weiß nicht</th> <th></th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>8</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>... (<b>Zielkind</b>) versteht sich gut mit seinen/ihren Klassenkameraden .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>42</td> </tr> <tr> <td>... (<b>Zielkind</b>) geht gerne in die Schule .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>43</td> </tr> <tr> <td>... (<b>Zielkind</b>) kommt im Unterricht gut mit .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>44</td> </tr> <tr> <td>... (<b>Zielkind</b>) kommt mit dem jetzigen Lehrer oder der Lehrerin gut aus .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>45</td> </tr> </tbody> </table>		Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu	Weiß nicht			1	2	3	4	8		... ( <b>Zielkind</b> ) versteht sich gut mit seinen/ihren Klassenkameraden .....	<input type="checkbox"/>	42	... ( <b>Zielkind</b> ) geht gerne in die Schule .....	<input type="checkbox"/>	43	... ( <b>Zielkind</b> ) kommt im Unterricht gut mit .....	<input type="checkbox"/>	44	... ( <b>Zielkind</b> ) kommt mit dem jetzigen Lehrer oder der Lehrerin gut aus .....	<input type="checkbox"/>	45																	
	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu	Weiß nicht																																							
	1	2	3	4	8																																							
... ( <b>Zielkind</b> ) versteht sich gut mit seinen/ihren Klassenkameraden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42																																						
... ( <b>Zielkind</b> ) geht gerne in die Schule .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43																																						
... ( <b>Zielkind</b> ) kommt im Unterricht gut mit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44																																						
... ( <b>Zielkind</b> ) kommt mit dem jetzigen Lehrer oder der Lehrerin gut aus .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45																																						
2109.	<p>Manche Kinder haben in der Schule Probleme. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf ... (<b>Zielkind</b>) zu?</p> <p><b>☞ Liste 2109 vorlegen und Vorgaben vorlesen!</b></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Trifft voll und ganz zu</th> <th>Trifft eher zu</th> <th>Trifft eher nicht zu</th> <th>Trifft überhaupt nicht zu</th> <th>Weiß nicht</th> <th></th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>8</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>... (<b>Zielkind</b>) ist sehr aufgeregt, wenn es im Unterricht drankommt .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>46</td> </tr> <tr> <td>... (<b>Zielkind</b>) macht sich Sorgen darüber, wie er/sie am nächsten Tag in der Schule abschneiden wird .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>47</td> </tr> <tr> <td>... (<b>Zielkind</b>) hat Angst vor der Lehrerin oder vor dem Lehrer .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>48</td> </tr> <tr> <td>... (<b>Zielkind</b>) klagt vor Tests oder Arbeiten über Kopf- oder Bauchschmerzen .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>49</td> </tr> </tbody> </table>		Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu	Weiß nicht			1	2	3	4	8		... ( <b>Zielkind</b> ) ist sehr aufgeregt, wenn es im Unterricht drankommt .....	<input type="checkbox"/>	46	... ( <b>Zielkind</b> ) macht sich Sorgen darüber, wie er/sie am nächsten Tag in der Schule abschneiden wird .....	<input type="checkbox"/>	47	... ( <b>Zielkind</b> ) hat Angst vor der Lehrerin oder vor dem Lehrer .....	<input type="checkbox"/>	48	... ( <b>Zielkind</b> ) klagt vor Tests oder Arbeiten über Kopf- oder Bauchschmerzen .....	<input type="checkbox"/>	49																	
	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu	Weiß nicht																																							
	1	2	3	4	8																																							
... ( <b>Zielkind</b> ) ist sehr aufgeregt, wenn es im Unterricht drankommt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46																																						
... ( <b>Zielkind</b> ) macht sich Sorgen darüber, wie er/sie am nächsten Tag in der Schule abschneiden wird .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47																																						
... ( <b>Zielkind</b> ) hat Angst vor der Lehrerin oder vor dem Lehrer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48																																						
... ( <b>Zielkind</b> ) klagt vor Tests oder Arbeiten über Kopf- oder Bauchschmerzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49																																						
2110.	<p>Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten einen Elternabend besucht?</p> <p>Nie ..... <input type="checkbox"/> 1 54                      Einmal ..... <input type="checkbox"/> 2                      Zweimal ..... <input type="checkbox"/> 3                      Öfters ..... <input type="checkbox"/> 4</p>																																											
2111.	<p>Haben Sie in den letzten 12 Monaten bei Aktivitäten in der Schule mitgewirkt, z.B. bei Sommerfesten, Wandertagen etc.?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/> 1 55-56                      Nein ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Es gab keine Aktivitäten, bei denen die Eltern mitwirken konnten .... <input type="checkbox"/> 6                      Ich weiß nicht, ob es so was gibt ..... <input type="checkbox"/> 8</p>																																											
2112.	<p>Welche Note würden Sie der Schule insgesamt geben?</p> <p><b>☞ Liste 2112 vorlegen!</b></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>Sehr gut</th> <th>Gut</th> <th>Befriedigend</th> <th>Ausreichend</th> <th>Mangelhaft</th> <th>Ungenügend</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">57-58</p>	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Ungenügend	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Ungenügend																																							
1	2	3	4	5	6																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							

Nr.		Weiter mit												
2113.	<p style="text-align: right;">K.3</p> <p>Ich lese Ihnen nun Einrichtungen zur Betreuung von Kindern vor. Sagen Sie mir bitte jeweils,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ob es eine solche Einrichtung in Ihrer Nähe gibt, und wenn es diese gibt,</li> <li>● ob ... (<b>Zielkind nennen</b>) diese Einrichtung besucht.</li> </ul> <p> <b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Gibt es</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Wird von Kind besucht</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <table border="0"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">Ja</td> <td style="padding: 0 10px;">Nein</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table> </td> <td style="text-align: center;"> <table border="0"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">Ja</td> <td style="padding: 0 10px;">Nein</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table> </td> </tr> </table> <p style="margin-left: 100px;">Gibt es bzw. besucht ... (<b>Zielkind</b>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● eine Ganztagschule? ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> 59 ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> 60</li> <li>● eine Mittagsbetreuung? ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> 61 ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> 62</li> <li>● eine offene Nachmittagsbetreuung ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> 63 ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> 64</li> <li>● eine Hausaufgabenbetreuung ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> 65 ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> 66</li> </ul>	Gibt es	Wird von Kind besucht	<table border="0"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">Ja</td> <td style="padding: 0 10px;">Nein</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>	Ja	Nein	1	2	<table border="0"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">Ja</td> <td style="padding: 0 10px;">Nein</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>	Ja	Nein	1	2	
Gibt es	Wird von Kind besucht													
<table border="0"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">Ja</td> <td style="padding: 0 10px;">Nein</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>	Ja	Nein	1	2	<table border="0"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">Ja</td> <td style="padding: 0 10px;">Nein</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>	Ja	Nein	1	2					
Ja	Nein													
1	2													
Ja	Nein													
1	2													
2114.	<p>Besucht ... (<b>Zielkind</b>) einen Hort? <span style="float: right;">Ja ..... <input type="checkbox"/> 1 67</span></p> <hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p style="text-align: right;">Nein ..... <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>2115</p> <hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p>2123</p>												
2115.	<p>Und warum besucht ... (<b>Zielkind</b>) einen Hort? Welche Gründe treffen eher zu, und welche treffen eher nicht zu?</p> <p> <b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Trifft eher zu</td> <td style="text-align: center;">Trifft eher nicht zu</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table> <p>Haben Sie sich für den Hort entschieden ...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● weil Sie berufstätig sind? ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> 68</li> <li>● weil Ihr Kind mit anderen Kindern zusammenkommt? ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> 69</li> <li>● weil Sie möchten, dass Ihr Kind bei den Hausaufgaben betreut wird? ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> 70</li> <li>● weil die Einrichtung Ihrem Kind mehr Lernmöglichkeiten bieten kann als die Familie? ... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> 71</li> <li>● weil Sie finden, dass Ihr Kind dort manchmal besser aufgehoben ist als zu Hause? ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> 72</li> <li>● weil es zu Hause zu hektisch ist und es zu viele Probleme gibt? ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> 73</li> <li>● weil den Kindern dort beigebracht wird, diszipliniert zu sein? ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> 74</li> <li>● weil dort das Selbstwertgefühl und die Selbständigkeit Ihres Kindes gefördert wird? ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> 75</li> </ul>		Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu		1	2							
	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu												
	1	2												
2116.	<p>Wie gerne geht ... (<b>Zielkind</b>) in den Hort?</p> <p> <b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sehr gerne? ..... <input type="checkbox"/> 1 76</li> <li>● eher gerne? ..... <input type="checkbox"/> 2</li> <li>● eher ungern? ..... <input type="checkbox"/> 3</li> <li>● oder überhaupt nicht gern? .. <input type="checkbox"/> 4</li> </ul>													
2117.	<p>Wie heißt dieser Hort? Bitte nennen Sie mir den genauen Namen. _____</p>	<p style="text-align: right;">K.49 112-211</p>												

Nr.		Weiter mit																																																																		
2118.	<p>Wo liegt die Einrichtung? Nennen Sie mir bitte die Postleitzahl; falls Sie die Postleitzahl nicht kennen, nennen Sie bitte den Ort und gegebenenfalls den Stadtteil.</p> <p>Postleitzahl: <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td></tr></table> Ort: _____</p> <p style="margin-left: 20px;"><small>K.3 77-81</small></p> <p>Stadtteil: _____</p>							<p>K.49 212-311 312-411</p>																																																												
2119.	<p>Seit wann besucht ... (<b>Zielkind</b>) diesen Hort? Nennen Sie mir bitte nur den Monat und das Jahr.</p> <p style="text-align: right;">Seit <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td></tr></table> / <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p style="text-align: center; margin-left: 100px;"><b>Monat</b>                      <b>Jahr</b></p>									<p style="text-align: center;">82-83                      84-87                      K.3</p>																																																										
2120.	<p>Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Rahmenbedingungen in der Einrichtung?</p> <p><b>☞ Liste 2120 vorlegen und Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:50%;"></th> <th style="width:10%; text-align:center;">Sehr zufrieden</th> <th style="width:10%; text-align:center;">Eher zufrieden</th> <th style="width:10%; text-align:center;">Eher nicht zufrieden</th> <th style="width:10%; text-align:center;">Überhaupt nicht zufrieden</th> <th style="width:10%; text-align:center;">Trifft nicht zu</th> </tr> <tr> <th style="text-align:left;">Wie zufrieden sind Sie ...</th> <th style="text-align:center;">1</th> <th style="text-align:center;">2</th> <th style="text-align:center;">3</th> <th style="text-align:center;">4</th> <th style="text-align:center;">6</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>● mit den täglichen Öffnungszeiten? .....</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>● mit den Ferienregelungen? .....</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>● mit der Zusammensetzung der Kindergruppe? .....</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>● mit der Ausstattung der Räume? .....</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>● mit der Entfernung zu Ihrer Wohnung? .....</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>● mit der Entfernung zu Ihrem Arbeitsplatz? .....</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>● mit dem Essen? .....</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>● mit den Kosten? .....</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>● mit der Entfernung zur Schule Ihres Kindes? .....</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher nicht zufrieden	Überhaupt nicht zufrieden	Trifft nicht zu	Wie zufrieden sind Sie ...	1	2	3	4	6	● mit den täglichen Öffnungszeiten? .....	<input type="checkbox"/>	● mit den Ferienregelungen? .....	<input type="checkbox"/>	● mit der Zusammensetzung der Kindergruppe? .....	<input type="checkbox"/>	● mit der Ausstattung der Räume? .....	<input type="checkbox"/>	● mit der Entfernung zu Ihrer Wohnung? .....	<input type="checkbox"/>	● mit der Entfernung zu Ihrem Arbeitsplatz? .....	<input type="checkbox"/>	● mit dem Essen? .....	<input type="checkbox"/>	● mit den Kosten? .....	<input type="checkbox"/>	● mit der Entfernung zur Schule Ihres Kindes? .....	<input type="checkbox"/>	<p>K.3 88-89 90-91 92-93 94-95 96-97 98-99 100-101 102-103 104-105</p>																																				
	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher nicht zufrieden	Überhaupt nicht zufrieden	Trifft nicht zu																																																															
Wie zufrieden sind Sie ...	1	2	3	4	6																																																															
● mit den täglichen Öffnungszeiten? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
● mit den Ferienregelungen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
● mit der Zusammensetzung der Kindergruppe? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
● mit der Ausstattung der Räume? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
● mit der Entfernung zu Ihrer Wohnung? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
● mit der Entfernung zu Ihrem Arbeitsplatz? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
● mit dem Essen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
● mit den Kosten? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
● mit der Entfernung zur Schule Ihres Kindes? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
2121.	<p>Wenn Sie alles zusammennehmen, welche Schulnote würden Sie dem Hort insgesamt geben?</p> <p><b>☞ Bitte Liste 2121 vorlegen!</b></p> <table style="width:100%; text-align:center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">Sehr gut</td> <td style="width:15%;">Gut</td> <td style="width:15%;">Befriedigend</td> <td style="width:15%;">Ausreichend</td> <td style="width:15%;">Mangelhaft</td> <td style="width:15%;">Un- genügend</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align:center;"> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Un- genügend	1	2	3	4	5	6	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>												<p>106-107</p>																																										
Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Un- genügend																																																															
1	2	3	4	5	6																																																															
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																																																																				
2122.	<p>Und wenn Sie nun an die Vereinbarkeit von Familie und Beruf denken: Wie gut glauben Sie, wird die Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch diese Einrichtung unterstützt? Nennen Sie mir bitte wieder eine Schulnote.</p> <p><b>☞ Bitte Liste 2122 vorlegen!</b></p> <table style="width:100%; text-align:center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">Sehr gut</td> <td style="width:15%;">Gut</td> <td style="width:15%;">Befriedigend</td> <td style="width:15%;">Ausreichend</td> <td style="width:15%;">Mangelhaft</td> <td style="width:15%;">Un- genügend</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align:center;"> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Un- genügend	1	2	3	4	5	6	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>												<p>108-109</p>																																										
Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Un- genügend																																																															
1	2	3	4	5	6																																																															
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																																																																				

Nr.	K. 50	Weiter mit																																				
2123.	<p>Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?</p> <p> <b>Liste 2123 vorlegen!</b></p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sehr gut</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Eher gut</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Eher schlecht</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sehr schlecht</th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Wie gut ...</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td></td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>● verstehen Sie deutsch? .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">12</td> </tr> <tr> <td>● sprechen Sie deutsch? .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">13</td> </tr> <tr> <td>● können Sie deutsch lesen? .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">14</td> </tr> <tr> <td>● können Sie deutsch schreiben? .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">15</td> </tr> </tbody> </table>		Sehr gut	Eher gut	Eher schlecht	Sehr schlecht		Wie gut ...	1	2	3	4		● verstehen Sie deutsch? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	● sprechen Sie deutsch? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	● können Sie deutsch lesen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	● können Sie deutsch schreiben? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	
	Sehr gut	Eher gut	Eher schlecht	Sehr schlecht																																		
Wie gut ...	1	2	3	4																																		
● verstehen Sie deutsch? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12																																	
● sprechen Sie deutsch? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13																																	
● können Sie deutsch lesen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14																																	
● können Sie deutsch schreiben? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15																																	
2124.	<p>Wann haben Sie zum letzten Mal ein Buch in deutsch gelesen? <span style="float: right;">16-17</span></p> <p> <b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Vor weniger als 2 Wochen ..... <input type="checkbox"/> 1</li> <li>● vor 2 Wochen bis unter 1 Monat ..... <input type="checkbox"/> 2</li> <li>● vor 1 Monat bis unter 1/2 Jahr ..... <input type="checkbox"/> 3</li> <li>● vor 1/2 Jahr bis unter 1 Jahr ..... <input type="checkbox"/> 4</li> <li>● vor 1 Jahr oder länger? ..... <input type="checkbox"/> 5</li> <li>Ich lese keine deutschen Bücher ..... <input type="checkbox"/> 6</li> </ul>																																					
2125.	<p>Wie oft lesen Sie deutsche Tageszeitungen? <span style="float: right;">18</span></p> <p> <b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Täglich ..... <input type="checkbox"/> 1</li> <li>● mehrmals in der Woche ..... <input type="checkbox"/> 2</li> <li>● mehrmals im Monat ..... <input type="checkbox"/> 3</li> <li>● mehrmals im Jahr? ..... <input type="checkbox"/> 4</li> <li>Ich lese keine deutschen Tageszeitungen ... <input type="checkbox"/> 5</li> </ul>																																					
2126.	<p>Wie oft hören Sie deutsche Radiosender? <span style="float: right;">19</span></p> <p> <b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Täglich ..... <input type="checkbox"/> 1</li> <li>● mehrmals in der Woche ..... <input type="checkbox"/> 2</li> <li>● mehrmals im Monat ..... <input type="checkbox"/> 3</li> <li>● mehrmals im Jahr? ..... <input type="checkbox"/> 4</li> <li>Ich höre keine deutschen Radiosender ..... <input type="checkbox"/> 5</li> </ul>																																					
2127.	<p>Wie oft sehen Sie deutsche Fernsehsender? <span style="float: right;">20</span></p> <p> <b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Täglich ..... <input type="checkbox"/> 1</li> <li>● mehrmals in der Woche ..... <input type="checkbox"/> 2</li> <li>● mehrmals im Monat ..... <input type="checkbox"/> 3</li> <li>● mehrmals im Jahr? ..... <input type="checkbox"/> 4</li> <li>Ich sehe keine deutschen Fernsehsender ... <input type="checkbox"/> 5</li> </ul>																																					
2128.	<p>Wann haben Sie zuletzt eine Veranstaltung von deutschen Künstlern besucht (z.B. ein Konzert, Schauspiel oder eine Show)? <span style="float: right;">21</span></p> <p> <b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Im letzten Monat ..... <input type="checkbox"/> 1</li> <li>● vor 1 Monat bis unter 1/2 Jahr ..... <input type="checkbox"/> 2</li> <li>● vor 1/2 Jahr bis unter 1 Jahr ..... <input type="checkbox"/> 3</li> <li>● vor 1 Jahr oder länger ..... <input type="checkbox"/> 4</li> <li>Ich besuche keine Veranstaltungen deutscher Künstler ..... <input type="checkbox"/> 5</li> </ul>																																					

Nr.	K. 50	Weiter mit																																				
2129.	<p>Wie schätzen Sie Ihre Türkischkenntnisse ein?</p> <p> <b>Liste 2129 vorlegen!</b></p> <table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%;">Sehr gut</th> <th style="width: 10%;">Eher gut</th> <th style="width: 10%;">Eher schlecht</th> <th style="width: 10%;">Sehr schlecht</th> <th></th> </tr> <tr> <td>Wie gut ...</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td></td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>● verstehen Sie türkisch? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>● sprechen Sie türkisch? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>● können Sie türkisch lesen? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>● können Sie türkisch schreiben? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>25</td> </tr> </tbody> </table>		Sehr gut	Eher gut	Eher schlecht	Sehr schlecht		Wie gut ...	1	2	3	4		● verstehen Sie türkisch? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22	● sprechen Sie türkisch? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23	● können Sie türkisch lesen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24	● können Sie türkisch schreiben? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25	
	Sehr gut	Eher gut	Eher schlecht	Sehr schlecht																																		
Wie gut ...	1	2	3	4																																		
● verstehen Sie türkisch? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22																																	
● sprechen Sie türkisch? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23																																	
● können Sie türkisch lesen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24																																	
● können Sie türkisch schreiben? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25																																	
2130.	<p>Wann haben Sie zum letzten Mal ein Buch in türkisch gelesen? <span style="float: right;">26-27</span></p> <p> <b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Vor weniger als 2 Wochen ..... <input type="checkbox"/> 1</li> <li>● vor 2 Wochen bis unter 1 Monat ..... <input type="checkbox"/> 2</li> <li>● vor 1 Monat bis unter 1/2 Jahr ..... <input type="checkbox"/> 3</li> <li>● vor 1/2 Jahr bis unter 1 Jahr ..... <input type="checkbox"/> 4</li> <li>● vor 1 Jahr oder länger? ..... <input type="checkbox"/> 5</li> <li>Ich lese keine türkischen Bücher ..... <input type="checkbox"/> 6</li> </ul>																																					
2131.	<p>Wie oft lesen Sie türkische Tageszeitungen? <span style="float: right;">28</span></p> <p> <b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Täglich ..... <input type="checkbox"/> 1</li> <li>● mehrmals in der Woche ..... <input type="checkbox"/> 2</li> <li>● mehrmals im Monat ..... <input type="checkbox"/> 3</li> <li>● mehrmals im Jahr? ..... <input type="checkbox"/> 4</li> <li>Ich lese keine türkischen Tageszeitungen ... <input type="checkbox"/> 5</li> </ul>																																					
2132.	<p>Wie oft hören Sie türkische Radiosender? <span style="float: right;">29</span></p> <p> <b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Täglich ..... <input type="checkbox"/> 1</li> <li>● mehrmals in der Woche ..... <input type="checkbox"/> 2</li> <li>● mehrmals im Monat ..... <input type="checkbox"/> 3</li> <li>● mehrmals im Jahr? ..... <input type="checkbox"/> 4</li> <li>Ich höre keine türkischen Radiosender ..... <input type="checkbox"/> 5</li> </ul>																																					
2133.	<p>Wie oft sehen Sie türkische Fernsehsender? <span style="float: right;">30</span></p> <p> <b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Täglich ..... <input type="checkbox"/> 1</li> <li>● mehrmals in der Woche ..... <input type="checkbox"/> 2</li> <li>● mehrmals im Monat ..... <input type="checkbox"/> 3</li> <li>● mehrmals im Jahr? ..... <input type="checkbox"/> 4</li> <li>Ich sehe keine türkische Fernsehsender .... <input type="checkbox"/> 5</li> </ul>																																					
2134.	<p>Wann haben Sie zuletzt eine Veranstaltung von türkischen Künstlern besucht (z.B. ein Konzert, Schauspiel oder eine Show)? <span style="float: right;">31</span></p> <p> <b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Im letzten Monat ..... <input type="checkbox"/> 1</li> <li>● vor 1 Monat bis unter 1/2 Jahr ..... <input type="checkbox"/> 2</li> <li>● vor 1/2 Jahr bis unter 1 Jahr ..... <input type="checkbox"/> 3</li> <li>● vor 1 Jahr oder länger ..... <input type="checkbox"/> 4</li> <li>Ich besuche keine Veranstaltungen türkischer Künstler ..... <input type="checkbox"/> 5</li> </ul>																																					

Nr.		Weiter mit																																																								
2301.	<p>Was würden Sie sagen: wie wohl fühlt sich ... (<i>Zielkind nennen</i>) ...</p> <p><b>☞ Liste 2301 vorlegen und Vorgaben vorlesen!</b></p> <table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td><b>Sehr wohl</b></td> <td><b>Eher wohl</b></td> <td><b>Eher nicht wohl</b></td> <td><b>Überhaupt nicht wohl</b></td> <td><b>Weiß nicht</b></td> <td><b>Trifft nicht zu</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>8</td> <td>6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>● in der Familie? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>12-13</td> </tr> <tr> <td>● in der Schule? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>14-15</td> </tr> <tr> <td>● mit seinen/ihren Freunden und Freundinnen? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>16-17</td> </tr> <tr> <td>● in der Nachbarschaft? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>18-19</td> </tr> <tr> <td>● insgesamt .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>20-21</td> </tr> </table>		<b>Sehr wohl</b>	<b>Eher wohl</b>	<b>Eher nicht wohl</b>	<b>Überhaupt nicht wohl</b>	<b>Weiß nicht</b>	<b>Trifft nicht zu</b>			1	2	3	4	8	6		● in der Familie? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12-13	● in der Schule? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14-15	● mit seinen/ihren Freunden und Freundinnen? .....	<input type="checkbox"/>	16-17	● in der Nachbarschaft? .....	<input type="checkbox"/>	18-19	● insgesamt .....	<input type="checkbox"/>	20-21																
	<b>Sehr wohl</b>	<b>Eher wohl</b>	<b>Eher nicht wohl</b>	<b>Überhaupt nicht wohl</b>	<b>Weiß nicht</b>	<b>Trifft nicht zu</b>																																																				
	1	2	3	4	8	6																																																				
● in der Familie? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12-13																																																			
● in der Schule? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14-15																																																			
● mit seinen/ihren Freunden und Freundinnen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16-17																																																			
● in der Nachbarschaft? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18-19																																																			
● insgesamt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-21																																																			
2302.	<p>Wie kommen die Kontakte von ... (<i>Zielkind</i>) mit anderen Kindern überwiegend zustande?</p> <p><b>☞ Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Regen Sie die Kontakte überwiegend an? ..... <input type="checkbox"/> 1 22</li> <li>● oder verabredet sich Ihr Kind überwiegend selbst? ..... <input type="checkbox"/> 2</li> </ul>																																																									
2303.	<p>Halten Sie Ihre Wohnung dafür geeignet, damit Kinder auch mal ausgelassen spielen können? (<i>Wenn Zielperson in einem Haus wohnt:</i>) Wenn Sie das Haus gemietet haben bzw. es Ihnen gehört, beziehen Sie Ihre Antwort bitte auf das ganze Haus.</p> <p style="text-align: right;">Ja ..... <input type="checkbox"/> 1 23 Nein ..... <input type="checkbox"/> 2</p>																																																									
2304.	<p>Gibt es in Ihrer Wohnumgebung genug Orte oder Plätze, wo ... (<i>Zielkind</i>) ungefährdet spielen kann?</p> <p style="text-align: right;">Ja ..... <input type="checkbox"/> 1 24 Nein ..... <input type="checkbox"/> 2</p>																																																									
2305.	<p>Ist ... (<i>Zielkind</i>) in einem Verein oder einer festen Gruppe?</p> <p style="text-align: right;">Ja ..... <input type="checkbox"/> 1 25 Nein ..... <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>2306</p> <hr/> <p><b>2307</b></p>																																																								
2306.	<p>Ich lese Ihnen einige Vereine vor. Sagen Sie mir bitte in welcher Art von Verein ... (<i>Zielkind</i>) ist, und wie hoch gegebenenfalls die Beiträge pro Jahr sind.</p> <p><b>☞ Vorgaben bitte vorlesen!</b> <b>Falls Zielkind in einem Verein ist, aber keinen Beitrag zahlt: bitte "Ja" ankreuzen und eine 0 eintragen!</b></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><b>Nein</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Ja</b></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sportverein .....</td> <td style="text-align: center;">30 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> →</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 50px;"></td> <td>Euro 31-33</td> </tr> <tr> <td>Musikverein / Tanzverein / Kanevals-, Faschingsverein u.ä. ...</td> <td style="text-align: center;">34 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> →</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 50px;"></td> <td>Euro 35-37</td> </tr> <tr> <td>Theater-/Kinogruppe / Kulturverein .....</td> <td style="text-align: center;">38 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> →</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 50px;"></td> <td>Euro 39-41</td> </tr> <tr> <td>Religiöser Verein oder ähnliches .....</td> <td style="text-align: center;">42 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> →</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 50px;"></td> <td>Euro 43-45</td> </tr> <tr> <td>Sonstiger Verein oder Gruppe .....</td> <td style="text-align: center;">46 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> →</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 50px;"></td> <td>Euro 47-49</td> </tr> </table>		<b>Nein</b>	<b>Ja</b>				2	1			Sportverein .....	30 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →		Euro 31-33	Musikverein / Tanzverein / Kanevals-, Faschingsverein u.ä. ...	34 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →		Euro 35-37	Theater-/Kinogruppe / Kulturverein .....	38 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →		Euro 39-41	Religiöser Verein oder ähnliches .....	42 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →		Euro 43-45	Sonstiger Verein oder Gruppe .....	46 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →		Euro 47-49																						
	<b>Nein</b>	<b>Ja</b>																																																								
	2	1																																																								
Sportverein .....	30 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →		Euro 31-33																																																						
Musikverein / Tanzverein / Kanevals-, Faschingsverein u.ä. ...	34 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →		Euro 35-37																																																						
Theater-/Kinogruppe / Kulturverein .....	38 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →		Euro 39-41																																																						
Religiöser Verein oder ähnliches .....	42 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →		Euro 43-45																																																						
Sonstiger Verein oder Gruppe .....	46 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →		Euro 47-49																																																						
2307.	<p>Bekommt ... (<i>Zielkind</i>) Unterrichtsstunden, z.B. Musikinstrument, Sport, Ballett?</p> <p style="text-align: right;">Ja ..... <input type="checkbox"/> 1 50 Nein ..... <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>2308</p> <hr/> <p><b>2310</b></p>																																																								
2308.	<p>Wie viele Unterrichtsstunden sind das in der Woche? <span style="margin-left: 100px;"> _ _ </span> Unterrichtsstunden</p> <p style="text-align: right;">51-52</p>																																																									

Nr.	K. 12	Weiter mit																																
2309.	<p>Wie viele Euro zahlen Sie pro Jahr für die Unterrichtsstunden, die ... (<i>Zielkind nennen</i>) bekommt?</p> <p style="text-align: right;"> _ _ _ _  Euro pro Jahr <span style="float: right;">53-55</span></p> <p>Keine / ist kostenlos ..... <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Zahlt jemand anderes ..... <input type="checkbox"/> 996</p>																																	
2310.	<p>Bei den nächsten Fragen geht es um die Gesundheit von ... (<i>Zielkind</i>). Wie schätzen Sie die Gesundheit Ihres Kindes insgesamt ein? Bitte vergeben Sie wieder eine Schulnote.</p> <p><b>☞ Bitte Liste 2310 vorlegen!</b></p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Sehr gut</td> <td>Gut</td> <td>Befriedigend</td> <td>Ausreichend</td> <td>Mangelhaft</td> <td>Ungenügend</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">56-57</p>	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Ungenügend	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Ungenügend																													
1	2	3	4	5	6																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
2311.	<p>Wurde bei ... (<i>Zielkind</i>) jemals eine chronische Krankheit oder eine Entwicklungsstörung festgestellt?</p> <p style="text-align: right;">Ja ..... <input type="checkbox"/> 1 58</p> <p style="text-align: right;">Nein ..... <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>2312</p> <hr/> <p><b>2313</b></p>																																
2312.	<p>Um welche Krankheit handelt es sich dabei?</p> <p><b>☞ Liste 2312 vorlegen!</b> <b>Mehrfachnennungen möglich!</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 85%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> </tr> <tr> <td>A</td> <td></td> <td>Erkrankung der Atemwege (Asthma, Bronchitis) .....</td> <td><input type="checkbox"/> 59</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td>Hautkrankheit (Neurodermitis) .....</td> <td><input type="checkbox"/> 60</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td></td> <td>Herz-, Magen- oder Darmkrankheit .....</td> <td><input type="checkbox"/> 61</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>Körperliche Behinderung .....</td> <td><input type="checkbox"/> 62</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td></td> <td>Ernste Seh- oder Hörstörung (mehr als 5 Dioptrien oder ein Hörgerät) .....</td> <td><input type="checkbox"/> 63</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td></td> <td>Depression oder Angstzustände .....</td> <td><input type="checkbox"/> 64</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td>psychosomatische Störung (Hyperaktivität, ADS) .....</td> <td><input type="checkbox"/> 65</td> </tr> </table>		1			A		Erkrankung der Atemwege (Asthma, Bronchitis) .....	<input type="checkbox"/> 59	B		Hautkrankheit (Neurodermitis) .....	<input type="checkbox"/> 60	C		Herz-, Magen- oder Darmkrankheit .....	<input type="checkbox"/> 61	D		Körperliche Behinderung .....	<input type="checkbox"/> 62	E		Ernste Seh- oder Hörstörung (mehr als 5 Dioptrien oder ein Hörgerät) .....	<input type="checkbox"/> 63	F		Depression oder Angstzustände .....	<input type="checkbox"/> 64	G		psychosomatische Störung (Hyperaktivität, ADS) .....	<input type="checkbox"/> 65	
	1																																	
A		Erkrankung der Atemwege (Asthma, Bronchitis) .....	<input type="checkbox"/> 59																															
B		Hautkrankheit (Neurodermitis) .....	<input type="checkbox"/> 60																															
C		Herz-, Magen- oder Darmkrankheit .....	<input type="checkbox"/> 61																															
D		Körperliche Behinderung .....	<input type="checkbox"/> 62																															
E		Ernste Seh- oder Hörstörung (mehr als 5 Dioptrien oder ein Hörgerät) .....	<input type="checkbox"/> 63																															
F		Depression oder Angstzustände .....	<input type="checkbox"/> 64																															
G		psychosomatische Störung (Hyperaktivität, ADS) .....	<input type="checkbox"/> 65																															
2313.	<p>Bei den folgenden Fragen geht es um Ihre eigene Gesundheit. Wie schätzen Sie insgesamt Ihre Gesundheit ein? Bitte vergeben Sie wieder eine Schulnote.</p> <p><b>☞ Bitte Liste 2313 vorlegen!</b></p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Sehr gut</td> <td>Gut</td> <td>Befriedigend</td> <td>Ausreichend</td> <td>Mangelhaft</td> <td>Ungenügend</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">66-67</p>	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Ungenügend	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Ungenügend																													
1	2	3	4	5	6																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
2314.	<p>Wurde bei Ihnen jemals eine chronische Krankheit festgestellt?</p> <p style="text-align: right;">Ja ..... <input type="checkbox"/> 1 68</p> <p style="text-align: right;">Nein ..... <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>2315</p> <hr/> <p><b>2316</b></p>																																
2315.	<p>Um welche Krankheit handelt es sich dabei?</p> <p><b>☞ Liste 2315 vorlegen!</b> <b>Mehrfachnennungen möglich!</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 85%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> </tr> <tr> <td>A</td> <td></td> <td>Erkrankung der Atemwege (Asthma, Bronchitis) ....</td> <td><input type="checkbox"/> 69</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td>Hautkrankheit (Neurodermitis) .....</td> <td><input type="checkbox"/> 70</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td></td> <td>Herz-, Magen- oder Darmkrankheit .....</td> <td><input type="checkbox"/> 71</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>Körperliche Behinderung .....</td> <td><input type="checkbox"/> 72</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td></td> <td>Ernste Seh- oder Hörstörung (mehr als 5 Dioptrien oder ein Hörgerät) .....</td> <td><input type="checkbox"/> 73</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td></td> <td>Depression oder Angstzustände .....</td> <td><input type="checkbox"/> 74</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td>Erhebliche Schlafstörungen .....</td> <td><input type="checkbox"/> 75</td> </tr> </table>		1			A		Erkrankung der Atemwege (Asthma, Bronchitis) ....	<input type="checkbox"/> 69	B		Hautkrankheit (Neurodermitis) .....	<input type="checkbox"/> 70	C		Herz-, Magen- oder Darmkrankheit .....	<input type="checkbox"/> 71	D		Körperliche Behinderung .....	<input type="checkbox"/> 72	E		Ernste Seh- oder Hörstörung (mehr als 5 Dioptrien oder ein Hörgerät) .....	<input type="checkbox"/> 73	F		Depression oder Angstzustände .....	<input type="checkbox"/> 74	G		Erhebliche Schlafstörungen .....	<input type="checkbox"/> 75	
	1																																	
A		Erkrankung der Atemwege (Asthma, Bronchitis) ....	<input type="checkbox"/> 69																															
B		Hautkrankheit (Neurodermitis) .....	<input type="checkbox"/> 70																															
C		Herz-, Magen- oder Darmkrankheit .....	<input type="checkbox"/> 71																															
D		Körperliche Behinderung .....	<input type="checkbox"/> 72																															
E		Ernste Seh- oder Hörstörung (mehr als 5 Dioptrien oder ein Hörgerät) .....	<input type="checkbox"/> 73																															
F		Depression oder Angstzustände .....	<input type="checkbox"/> 74																															
G		Erhebliche Schlafstörungen .....	<input type="checkbox"/> 75																															

Nr.		Weiter mit																																																																								
2316.	Rauchen Sie? Ja, gelegentlich ..... <input type="checkbox"/> 1 76 Ja, täglich ..... <input type="checkbox"/> 2 ----- Nein ..... <input type="checkbox"/> 3	2317 2318																																																																								
2317.	Wie viele Zigaretten rauchen Sie ungefähr pro Tag? 1 bis 7 Zigaretten ..... <input type="checkbox"/> 1 77 8 bis 20 Zigaretten ..... <input type="checkbox"/> 2 Mehr als 20 Zigaretten ..... <input type="checkbox"/> 3 Ich rauche keine Zigaretten sondern Pfeife, Zigarren etc. .... <input type="checkbox"/> 4																																																																									
2318.	🗣 <b>Frage <u>nicht</u> an Väter stellen!</b> Haben Sie in der Schwangerschaft geraucht? Ja, gelegentlich ..... <input type="checkbox"/> 1 78 Ja, täglich ..... <input type="checkbox"/> 2 Nein ..... <input type="checkbox"/> 3																																																																									
2319.	Bitte sagen Sie mir zu jeder der folgenden Aussagen, inwieweit sie auf Sie selbst zutrifft. 🗣 <b>Liste 2319 vorlegen und Vorgaben nacheinander vorlesen!</b> <table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Trifft voll und ganz zu</th> <th>Trifft eher zu</th> <th>Trifft eher nicht zu</th> <th>Trifft überhaupt nicht zu</th> <th></th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, um mich durchzusetzen .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>79</td> </tr> <tr> <td>Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>81</td> </tr> <tr> <td>In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>82</td> </tr> <tr> <td>Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen werde .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>83</td> </tr> <tr> <td>Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>84</td> </tr> <tr> <td>Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>85</td> </tr> <tr> <td>Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>86</td> </tr> <tr> <td>Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>87</td> </tr> <tr> <td>Wenn ein Problem auf mich zukommt, habe ich meist mehrere Ideen, wie ich es lösen kann .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>88</td> </tr> </tbody> </table>		Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu			1	2	3	4		Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, um mich durchzusetzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	79	Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	80	Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	81	In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	82	Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen werde .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	83	Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	84	Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	85	Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	86	Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	87	Wenn ein Problem auf mich zukommt, habe ich meist mehrere Ideen, wie ich es lösen kann .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88	
	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu																																																																						
	1	2	3	4																																																																						
Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, um mich durchzusetzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	79																																																																					
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	80																																																																					
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	81																																																																					
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	82																																																																					
Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen werde .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	83																																																																					
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	84																																																																					
Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	85																																																																					
Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	86																																																																					
Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	87																																																																					
Wenn ein Problem auf mich zukommt, habe ich meist mehrere Ideen, wie ich es lösen kann .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88																																																																					

Nr.	K. 12	Weiter mit																																																																														
2320.	<p>Und inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie selbst zu?</p> <p> <b>Liste 2320 vorlegen und Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Trifft voll und ganz zu</th> <th>Trifft eher zu</th> <th>Trifft eher nicht zu</th> <th>Trifft überhaupt nicht zu</th> <th></th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ich bin gern mit anderen zusammen .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>89</td> </tr> <tr> <td>Ich bin manchmal traurig .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>Ich bin stolz auf das, was ich geschafft habe .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>91</td> </tr> <tr> <td>Ich fühle mich manchmal allein .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>92</td> </tr> <tr> <td>Ich bin meist gut gelaunt .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>93</td> </tr> <tr> <td>Ich merke, wenn es einem Freund/einer Freundin schlecht geht .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>94</td> </tr> <tr> <td>Ich fühle mich manchmal unsicher .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>Ich handle oft, ohne nachzudenken .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>96</td> </tr> <tr> <td>Ich bin oft wütend auf andere .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>97</td> </tr> <tr> <td>Ich setze mich gegenüber anderen Leuten durch .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>Ich bin manchmal ängstlich .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>99</td> </tr> </tbody> </table>		Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu			1	2	3	4		Ich bin gern mit anderen zusammen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	89	Ich bin manchmal traurig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	90	Ich bin stolz auf das, was ich geschafft habe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	91	Ich fühle mich manchmal allein .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	92	Ich bin meist gut gelaunt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	93	Ich merke, wenn es einem Freund/einer Freundin schlecht geht .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	94	Ich fühle mich manchmal unsicher .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	95	Ich handle oft, ohne nachzudenken .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	96	Ich bin oft wütend auf andere .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	97	Ich setze mich gegenüber anderen Leuten durch .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	Ich bin manchmal ängstlich .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	99	
	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu																																																																												
	1	2	3	4																																																																												
Ich bin gern mit anderen zusammen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	89																																																																											
Ich bin manchmal traurig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	90																																																																											
Ich bin stolz auf das, was ich geschafft habe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	91																																																																											
Ich fühle mich manchmal allein .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	92																																																																											
Ich bin meist gut gelaunt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	93																																																																											
Ich merke, wenn es einem Freund/einer Freundin schlecht geht .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	94																																																																											
Ich fühle mich manchmal unsicher .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	95																																																																											
Ich handle oft, ohne nachzudenken .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	96																																																																											
Ich bin oft wütend auf andere .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	97																																																																											
Ich setze mich gegenüber anderen Leuten durch .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98																																																																											
Ich bin manchmal ängstlich .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	99																																																																											
2321.	<p>Auf dieser Liste stehen einige Bereiche. Bitte sagen mir bitte anhand der eingezeichneten Skala, wie sehr Sie sich darum Sorgen machen. 1 bedeutet, dass Sie sich keine Sorgen machen, 4 bedeutet, dass Sie sich große Sorgen machen. Mit den Werten 2 und 3 dazwischen können Sie Ihr Urteil abstufen.</p> <p> <b>Liste 2321 vorlegen!</b></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2">Keine Sorgen</th> <th colspan="2">Große Sorgen</th> <th>Trifft nicht zu</th> <th></th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>6</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mache mir um ...</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>● meine Arbeitsstelle .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>100-101</td> </tr> <tr> <td>● unsere Finanzen .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>102-103</td> </tr> <tr> <td>● die Entwicklung meines Kindes oder meiner Kinder .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>104-105</td> </tr> <tr> <td>● die Schulleistungen meines Kindes oder meiner Kinder .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>106-107</td> </tr> <tr> <td>● unsere Partnerschaft .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>108-109</td> </tr> <tr> <td>● meine eigene Gesundheit .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>110-111</td> </tr> </tbody> </table>		Keine Sorgen		Große Sorgen		Trifft nicht zu			1	2	3	4	6		Mache mir um ...							● meine Arbeitsstelle .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100-101	● unsere Finanzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	102-103	● die Entwicklung meines Kindes oder meiner Kinder .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	104-105	● die Schulleistungen meines Kindes oder meiner Kinder .....	<input type="checkbox"/>	106-107	● unsere Partnerschaft .....	<input type="checkbox"/>	108-109	● meine eigene Gesundheit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	110-111																								
	Keine Sorgen		Große Sorgen		Trifft nicht zu																																																																											
	1	2	3	4	6																																																																											
Mache mir um ...																																																																																
● meine Arbeitsstelle .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100-101																																																																										
● unsere Finanzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	102-103																																																																										
● die Entwicklung meines Kindes oder meiner Kinder .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	104-105																																																																										
● die Schulleistungen meines Kindes oder meiner Kinder .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	106-107																																																																										
● unsere Partnerschaft .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	108-109																																																																										
● meine eigene Gesundheit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	110-111																																																																										
2322.	<p>Jetzt geht es darum, wie Sie sich in <u>den letzten 4 Wochen</u> gefühlt haben. Bitte sagen Sie mir zu jeder Aussage, die ich Ihnen vorlese, wie häufig das in den letzten 4 Wochen vorkam.</p> <p> <b>Liste 2322 vorlegen und Vorgaben vorlesen!</b></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Fast immer</th> <th>Häufig</th> <th>Manchmal</th> <th>Nie</th> <th></th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Wie oft ...</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>● haben Sie sich optimistisch und zuversichtlich gefühlt? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>112</td> </tr> <tr> <td>● hatten Sie ein Gefühl des Stolzes? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>113</td> </tr> <tr> <td>● Hatten Sie das Gefühl, ganz versagt zu haben? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>114</td> </tr> <tr> <td>● haben Sie sich im Vergleich zu anderen benachteiligt gefühlt? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>115</td> </tr> <tr> <td>● waren Sie unzufrieden mit sich selbst? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>116</td> </tr> <tr> <td>● hatten Sie das Gefühl, dass nichts so wird, wie Sie es sich wünschen? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>117</td> </tr> <tr> <td>● kam es vor, dass Sie das Gefühl hatten, alles sei sinnlos? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>118</td> </tr> <tr> <td>● haben Sie sich völlig hoffnungslos gefühlt? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>119</td> </tr> <tr> <td>● waren Sie fröhlich und ausgelassen? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>120</td> </tr> </tbody> </table>		Fast immer	Häufig	Manchmal	Nie			1	2	3	4		Wie oft ...						● haben Sie sich optimistisch und zuversichtlich gefühlt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	112	● hatten Sie ein Gefühl des Stolzes? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	113	● Hatten Sie das Gefühl, ganz versagt zu haben? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	114	● haben Sie sich im Vergleich zu anderen benachteiligt gefühlt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	115	● waren Sie unzufrieden mit sich selbst? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	116	● hatten Sie das Gefühl, dass nichts so wird, wie Sie es sich wünschen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	117	● kam es vor, dass Sie das Gefühl hatten, alles sei sinnlos? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	118	● haben Sie sich völlig hoffnungslos gefühlt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	119	● waren Sie fröhlich und ausgelassen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	120							
	Fast immer	Häufig	Manchmal	Nie																																																																												
	1	2	3	4																																																																												
Wie oft ...																																																																																
● haben Sie sich optimistisch und zuversichtlich gefühlt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	112																																																																											
● hatten Sie ein Gefühl des Stolzes? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	113																																																																											
● Hatten Sie das Gefühl, ganz versagt zu haben? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	114																																																																											
● haben Sie sich im Vergleich zu anderen benachteiligt gefühlt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	115																																																																											
● waren Sie unzufrieden mit sich selbst? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	116																																																																											
● hatten Sie das Gefühl, dass nichts so wird, wie Sie es sich wünschen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	117																																																																											
● kam es vor, dass Sie das Gefühl hatten, alles sei sinnlos? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	118																																																																											
● haben Sie sich völlig hoffnungslos gefühlt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	119																																																																											
● waren Sie fröhlich und ausgelassen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	120																																																																											

Nr.		Weiter mit																														
2323.	Darf ich Sie nun um einige allgemeine Angaben zu Ihrer Person bitten. <span style="float: right;">K. 12</span> Wann sind Sie geboren? <span style="margin-left: 150px;">121-122</span> <span style="margin-left: 100px;">123-126</span> Nennen Sie mir bitte nur Monat und Jahr. <span style="margin-left: 150px;"> _ _ </span> <span style="margin-left: 100px;"> _ _ _ _ </span> <span style="margin-left: 150px;">Monat</span> <span style="margin-left: 100px;">Jahr</span>																															
2324.	Haben Sie die deutsche Staatsangehörigkeit? <span style="float: right;">Ja ..... <input type="checkbox"/> 1 127</span> <span style="float: right;">Nein ..... <input type="checkbox"/> 2</span>	2325 <hr/> 2326																														
2325.	Haben Sie die deutsche Staatsangehörigkeit seit Ihrer Geburt oder über Einbürgerung? Seit Geburt ..... <input type="checkbox"/> 1 128 Über Einbürgerung ..... <input type="checkbox"/> 2																															
2326.	Seit wann leben Sie in Deutschland, d.h. auf dem Gebiet der heutigen Bundesrepublik Deutschland? Bitte nennen Sie mir nur das Jahr. <span style="margin-left: 150px;">129-132</span> Seit  _ _ _ _  <span style="float: right;">2327</span> <hr/> Seit Geburt ..... <input type="checkbox"/> 0 <span style="float: right;">2329</span>																															
2327.	In welchem Land sind Sie geboren? <span style="float: right;">K. 49</span> <span style="float: right;">_____ 12-111</span>																															
2327a	Wie zufrieden sind Sie und Ihre Familie mit der Entscheidung nach Deutschland zu gehen? <span style="float: right;">K. 50</span> <b> Vorgaben bitte vorlesen!</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 45%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sehr zufrieden</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Eher zufrieden</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Eher unzufrieden</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sehr unzufrieden</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">trifft nicht zu</th> </tr> <tr> <th style="text-align: left;">Wie zufrieden ...</th> <th style="text-align: center;">1</th> <th style="text-align: center;">2</th> <th style="text-align: center;">3</th> <th style="text-align: center;">4</th> <th style="text-align: center;">6</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>● sind Sie selbst mit Entscheidung nach Deutschland zu gehen? .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 32</td> </tr> <tr> <td>● ist Ihr (Ehe-)Partner mit Entscheidung nach Deutschland zu gehen? .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 33</td> </tr> <tr> <td>● ist Ihr Kind bzw. sind Ihre Kinder mit Entscheidung nach Deutschland zu gehen? .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 34</td> </tr> </tbody> </table>		Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden	trifft nicht zu	Wie zufrieden ...	1	2	3	4	6	● sind Sie selbst mit Entscheidung nach Deutschland zu gehen? .....	<input type="checkbox"/> 32	● ist Ihr (Ehe-)Partner mit Entscheidung nach Deutschland zu gehen? .....	<input type="checkbox"/> 33	● ist Ihr Kind bzw. sind Ihre Kinder mit Entscheidung nach Deutschland zu gehen? .....	<input type="checkbox"/> 34													
	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden	trifft nicht zu																											
Wie zufrieden ...	1	2	3	4	6																											
● sind Sie selbst mit Entscheidung nach Deutschland zu gehen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 32																											
● ist Ihr (Ehe-)Partner mit Entscheidung nach Deutschland zu gehen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 33																											
● ist Ihr Kind bzw. sind Ihre Kinder mit Entscheidung nach Deutschland zu gehen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 34																											
2329.	Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie? <span style="float: right;">K. 12</span> <b> Liste 2329 vorlegen!</b> A Volks-/Hauptschulabschluss (DDR: 8. Klasse POS) ..... <input type="checkbox"/> 134-1 135 B Mittlere Reife / Realschulabschluss (DDR: 10. Klasse POS) ..... <input type="checkbox"/> 2 C Fachhochschulreife ..... <input type="checkbox"/> 3 D Abitur / Hochschulreife (DDR: EOS) ..... <input type="checkbox"/> 4 E Ohne Abschluss von der Schule abgegangen ..... <input type="checkbox"/> 5 F Gehe noch zur Schule ..... <input type="checkbox"/> 6																															



Nr.		K. 12 Weiter mit
2337.	Seit wann wohnen Sie mit Ihrem jetzigen Partner in einer Wohnung zusammen? Seit <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr	162-165
2338.	<p>Was von dieser Liste trifft auf Ihren Partner zu?</p> <p> <b>Liste 2338 vorlegen!</b></p> <p>A Vollzeit erwerbstätig ..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B Teilzeit erwerbstätig ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>C in Ausbildung / Studium ..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>D arbeitslos ..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>E im Erziehungsurlaub ..... <input type="checkbox"/> 5</p> <p>F nicht erwerbstätig (Hausmann) ..... <input type="checkbox"/> 6</p> <p>G Wehrdienst- oder Zivildienstleistender ..... <input type="checkbox"/> 7</p> <p>H Rentner / Pensionär ..... <input type="checkbox"/> 8</p> <p>J Sonstiges ..... <input type="checkbox"/> 9</p>	166-167
2339.	Ist ... ( <b>Zielkind nennen</b> ) ein leibliches Kind Ihres Partners? Ja ..... <input type="checkbox"/> 1 Nein ..... <input type="checkbox"/> 2	168 2341 2340
2340.	Seit wann kennt ... ( <b>Zielkind</b> ) Ihren jetzigen Partner? Nennen Sie bitte wieder das Jahr. Kennt ihn seit ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ( <b>Kalenderjahr</b> ) Kennt ihn nicht ..... <input type="checkbox"/> 0	169-172
2341.	<p> <b>Frage nicht an Väter stellen!</b> <b>Befragte Männer weiter mit Frage 2343!</b></p> <p>Sind Sie zur Zeit schwanger?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/> 1 Nein ..... <input type="checkbox"/> 2 Weiß nicht ..... <input type="checkbox"/> 8 Angabe verweigert ..... <input type="checkbox"/> 7</p>	173 2342 2343
2342.	In welchem Monat? Im <input type="text"/> . Monat	174-175

2343. Jetzt geht es um Ihre Kinder.  
 Wie viele Kinder haben Sie insgesamt? Bitte berücksichtigen Sie neben den eigenen, leiblichen Kindern auch eventuell vorhandene Adoptiv-, Stief- oder Pflegekinder.  
 Bitte nennen Sie mir die Anzahl aller Kinder. Insgesamt   Kinder

K. 12  
176-177

2344. Ich möchte im folgenden etwas mehr über Ihr Kind / Ihre Kinder erfahren.

a) Bitte sagen Sie mir zunächst die Namen aller Ihrer Kinder, also auch der Adoptiv-, Stief- und Pflegekinder. Beginnen wir mit ... **(Zielkind nennen = ist das Kind, das auf dem Adressenblatt steht)**

**☞ Name des Zielkindes in erste Spalte eintragen!**  
**Wenn lt. Frage 2343 zwei Kinder genannt:**  
 Wie heißt Ihr anderes Kind?

**☞ Wenn lt. Frage 2343 mehr als zwei Kinder genannt:**  
 Machen wir mit dem ältesten der anderen Kinder weiter.

**☞ Für jedes Kind weiterfragen:**

b) Welches Geschlecht hat ... **(jeweils Namen nennen)?**

c) In welchem Monat und in welchem Jahr ist ... geboren?

f) Wo lebt ... derzeit? Sagen Sie es mir bitte anhand dieser Liste.  
**☞ Liste 2344 vorlegen!**

a) Name	b) Geschlecht  1 = Junge 2 = Mädchen  <b>Bitte Kennziffer eintragen</b>	c) Geboren  <b>Monat / Jahr eintragen</b>	f) Wo lebt das Kind derzeit?  0 = in meinem Haushalt 1 = beim anderen Elternteil 2 = bei Großeltern / Verwandten 3 = im Internat 4 = im Heim 5 = im eigenen Haushalt 6 = bei Adoptiveltern 7 = bei Pflegeeltern 8 = lebt abwechselnd bei verschied. Personen <b>Bitte Kennziffer eintragen</b>
<b>Zielkind:</b> <b>01</b>	K. 13  12-13 14 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 15-16      17-20	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 24-25
<b>weiteres Kind:</b> <b>02</b>	K. 14  <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>weiteres Kind:</b> <b>03</b>	K. 15  <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>weiteres Kind:</b> <b>04</b>	K. 16  <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>weiteres Kind:</b> <b>05</b>	K. 17  <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>weiteres Kind:</b> <b>06</b>	K. 18  <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>weiteres Kind:</b> <b>07</b>	K. 19  <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>weiteres Kind:</b> <b>08</b>	K. 20  <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>weiteres Kind:</b> <b>09</b>	K. 21  <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>weiteres Kind:</b> <b>10</b>	K. 22  12-13 14 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 15-16      17-20	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 24-25

Nr.		Weiter mit
2349.	Wie viele Personen, Sie eingeschlossen, leben insgesamt in Ihrem Haushalt? <p style="text-align: right;">Insgesamt <input type="text"/> <input type="text"/> Personen 17-18</p>	K.23
2351.	Sind Sie gemeinsam mit ... ( <i>Zielkind nennen</i> ) in Deutschland schon einmal umgezogen? <p style="text-align: right;">Ja ..... <input type="checkbox"/> 1 20</p> <hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p style="text-align: right;">Nein ..... <input type="checkbox"/> 2</p>	2352 <hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> 2353
2352.	War das innerhalb der gleichen Stadt bzw. dem gleichen Ort? <p style="text-align: right;">Ja ..... <input type="checkbox"/> 1 21</p> <p style="text-align: right;">Nein ..... <input type="checkbox"/> 2</p>	

**2353. Im Folgenden möchten wir gerne etwas über die Familie von Ihnen und ... (Zielkind nennen) erfahren.**

- A<sub>1</sub>** Schreiben Sie bitte auf diese Familienkarte die Namen aller Personen, die Sie persönlich zu Ihrer Familie zählen.  
 **Familienkarte übergeben und der Befragten bitte genug Zeit lassen, alle Namen zu notieren!**  
 Schreiben Sie diese Personen bitte so auf, wie Sie diese Personen üblicherweise nennen. Personen mit gleichem Namen tragen Sie bitte so in die Familienkarte ein, dass Sie diese unterscheiden können. Schreiben Sie bitte jeweils nur eine Person in eine Zeile und lassen bitte zwischen den Personen keine freien Zeilen.

- B** Sagen Sie mir bitte die Personnummer der Person, die Sie bisher als letzte auf die Karte geschrieben haben.  
 **Personnummer der letzten, zur Familie gehörenden Person eintragen:**

	K. 23 22-23	<b>B</b>
--	-------------	----------

- A<sub>2</sub>** Tragen Sie bitte auch folgende Personen in die Familienkarte ein, falls sie noch leben und von Ihnen noch nicht eingetragen wurden. Jede Person darf nur einmal vorkommen.

- Falls Sie Kinder haben, also eigene Kinder, Pflege- bzw. Adoptivkinder, auch wenn diese nicht in Ihrem Haushalt leben, die noch nicht auf der Familienliste stehen, tragen Sie diese Kinder bitte jetzt ein.
- Falls Ihre Eltern noch nicht auf der Liste stehen, tragen Sie Ihre Mutter und Ihren Vater bitte jetzt ein, sofern sie nicht verstorben sind.
- Falls Ihre Großeltern noch leben und nicht auf der Liste stehen, tragen Sie diese bitte jetzt ein.
- Falls Ihr Partner Kinder hat, die noch nicht auf der Liste stehen, tragen Sie diese Kinder bitte ein, auch wenn sie nicht in Ihrem Haushalt leben.
- Falls die Eltern Ihres Partners nicht auf der Liste stehen, tragen Sie diese bitte ein, sofern sie nicht verstorben sind.
- Falls die Großeltern Ihres Partners noch leben und noch nicht auf der Liste stehen, tragen Sie diese bitte jetzt ein.

Sofern Sie ein Kind aus einer früheren Ehe oder Partnerschaft haben, möchten wir Sie bitten, noch weitere Personen in die Familienkarte einzutragen. **(Falls Befragte(r) angibt, keine Kinder aus einer früheren Partnerschaft zu haben, bitte mit Frage C fortfahren)**

- Falls Sie ein Kind aus einer früheren Partnerschaft haben, tragen Sie bitte diesen Expartner ein, sofern er noch nicht auf der Karte steht.
- Falls Sie ein Kind aus einer früheren Partnerschaft haben, tragen Sie jetzt bitte die Eltern des Expartners ein, wenn diese noch leben und nicht bereits auf der Karte stehen.
- Falls Sie ein Kind aus einer früheren Partnerschaft haben und falls die Großeltern des Expartners noch leben und nicht auf der Karte stehen, tragen Sie diese jetzt bitte ein.

- C** Sagen Sie mir bitte zu jeder der von Ihnen aufgeschriebenen Personen, in welchem verwandtschaftlichen Verhältnis diese Person zu Ihnen steht. Nennen Sie mir dazu bitte die jeweils zutreffende Zahl von dieser Liste. Wenn die aufgeschriebene Person bspw. Ihr Sohn ist, wäre dies die Zahl 4.

 **Liste 2353C "Verwandtschaftliche Beziehung der aufgeschriebenen Person zu mir" übergeben und Codes auf der gegenüberliegenden Seite eintragen!**

- D** Bitte sagen Sie mir jetzt, in welchem verwandtschaftlichen Verhältnis die von Ihnen aufgeschriebenen Personen zum Zielkind stehen. Bspw. wäre Ihr Bruder aus Sicht des Zielkinds ein Onkel. Nennen Sie mir für jede von Ihnen aufgeschriebene Person die jeweils zutreffende Zahl von dieser Liste.

 **Liste 2353D "Verwandtschaftliche Beziehung der aufgeschriebenen Person zu meinem Kind (Zielkind)" übergeben und Codes auf der gegenüberliegenden Seite eintragen!**

- E** Wie weit wohnen diese Personen von Ihnen entfernt?  
 Nennen Sie mir bitte wieder zu jeder Person die jeweils zutreffende Zahl von dieser Liste.

 **Liste 2353E Entfernung übergeben und Codes auf der gegenüberliegenden Seite eintragen!**

- F** Wie gut oder schlecht ist die Beziehung zwischen Ihnen und diesen Personen?  
 Nennen Sie mir bitte wieder zu jeder Person die jeweils zutreffende Zahl von dieser Liste.

 **Liste 2353F Beziehung übergeben und Codes auf der gegenüberliegenden Seite eintragen!**

 **Liste 2353H Verkehrssprache übergeben und Codes auf der gegenüberliegenden Seite eintragen!**

- H** Sagen Sie mir abschließend noch, ob Sie mit diesen Personen deutsch oder russisch sprechen.  
 Nennen Sie mir bitte wieder zu jeder Person die jeweils zutreffende Zahl von dieser Liste.

 **Familienkarte bitte mit dem Fragebogen an infas zurückschicken!**

<p><b>A1</b></p> <p><b>A2</b></p>	<p><b>C</b></p> <p>Verwandtschaftliche Beziehung Befragte(r)</p> <p><i>Code lt. Liste 2353C eintragen:</i></p>	<p><b>D</b></p> <p>Verwandtschaftliche Beziehung Zielkind</p> <p><i>Code lt. Liste 2353D eintragen:</i></p>	<p><b>E Entfernung:</b></p> <p>1 = In unserem Haushalt                  2 = Im gleichen Haus                  3 = Zu Fuß maximal 1/4 Stunde entfernt                  4 = Maximal 1 Stunde Fahrzeit entfernt (Auto, Bus etc.)                  5 = Weiter entfernt in Deutschl.                  6 = In der Türkei</p>	<p><b>F</b></p> <p>Beziehung zu Befragter</p> <p>gut schlecht</p> <p>1 2 3 4</p> <p>Keine Beziehung .. 5                  Weiss nicht ..... 8</p>	<p><b>H</b></p> <p>Verkehrssprache</p> <p>1 = deutsch                  2 = türkisch                  3 = mal so mal so</p>
<p>00 (Befragte)</p> <p>K. 24 12-13</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 14-15</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16-17</p>	<p><input type="checkbox"/> 18</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 19-20</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 23</p>
<p>01 (Zielkind)</p> <p>K. 25 12-13</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14-15</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 16-17</p>	<p><input type="checkbox"/> 18</p>	<p><input type="checkbox"/> 19-20</p>	<p><input type="checkbox"/> 23</p>
<p>02</p> <p>K. 26</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>03</p> <p>K. 27</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>04</p> <p>K. 28</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>05</p> <p>K. 29</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>06</p> <p>K. 30</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>07</p> <p>K. 31</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>08</p> <p>K. 32</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>09</p> <p>K. 33</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>10</p> <p>K. 34</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>11</p> <p>K. 35</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>12</p> <p>K. 36</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>13</p> <p>K. 37</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>14</p> <p>K. 38</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>15</p> <p>K. 39</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>16</p> <p>K. 40</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>17</p> <p>K. 41</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>18</p> <p>K. 42</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>19</p> <p>K. 43</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>20</p> <p>K. 44</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>21</p> <p>K. 45</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>22</p> <p>K. 46 12-13</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14-15</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16-17</p>	<p><input type="checkbox"/> 18</p>	<p><input type="checkbox"/> 19-20</p>	<p><input type="checkbox"/> 23</p>

Nr.		Weiter mit																												
2353.1	<p style="text-align: right;">K. 50</p> <p>Sind die folgenden Personen seit dem 31.12.2000 nach Deutschland gezogen?</p> <p><b>☞ Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 5%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 5%; text-align: center;">Nein</th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>● Ihre Eltern? .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">36</td> </tr> <tr> <td>● Ihre Schwiegereltern? .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">36</td> </tr> <tr> <td>● Ihre Geschwister? .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">37</td> </tr> <tr> <td>● andere Verwandte? .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">38</td> </tr> <tr> <td>● Ihre Freunde? .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">39</td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein			1	2		● Ihre Eltern? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36	● Ihre Schwiegereltern? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36	● Ihre Geschwister? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37	● andere Verwandte? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38	● Ihre Freunde? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39	
	Ja	Nein																												
	1	2																												
● Ihre Eltern? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36																											
● Ihre Schwiegereltern? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36																											
● Ihre Geschwister? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37																											
● andere Verwandte? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38																											
● Ihre Freunde? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39																											
2353.2	<p>Haben Sie Verwandte oder Freunde, die in der Türkei leben?</p> <p><b>☞ Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ja, Verwandte und Freunde ..... <input type="checkbox"/> 1</li> <li>● Ja, nur Verwandte ..... <input type="checkbox"/> 2</li> <li>● Ja, nur Freunde ..... <input type="checkbox"/> 3</li> <li>● Nein, weder Verwandte noch Freunde ..... <input type="checkbox"/> 4</li> </ul> <p style="text-align: right;">40</p>	<p>2353.3</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>2353.4</p>																												
2353.3	<p>Wie häufig haben Sie Kontakt zu Verwandten, die in der Türkei leben?</p> <p><b>☞ Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sehr oft..... <input type="checkbox"/> 1</li> <li>● oft ..... <input type="checkbox"/> 2</li> <li>● selten ..... <input type="checkbox"/> 3</li> <li>● nie? ..... <input type="checkbox"/> 4</li> </ul> <p style="text-align: right;">41</p>																													
2353.4	<p>Haben Sie seit dem 31.12.2000 die Türkei besucht?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/> 1 42</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>2353.5</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>2353.6</p>																												
2353.5	<p>Wie oft haben Sie seit dem 31.12.2000 die Türkei besucht?</p> <p style="text-align: right;">Anzahl der Besuche: ... <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p style="text-align: right;">43-45</p>																													

Nr.		Weiter mit																																																																													
2353.6	<p>Im Folgenden geht es darum, ob Sie etwas aus Ihrem alten Zuhause in der Türkei vermissen.</p> <p><b>👉 Liste 2353.6 vorlegen und Vorgaben vorlesen!</b></p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="text-align: center;">Sehr stark</th> <th style="text-align: center;">Eher stark</th> <th style="text-align: center;">Mittel</th> <th style="text-align: center;">Eher wenig</th> <th style="text-align: center;">Sehr wenig / gar nicht</th> <th style="text-align: center;">trifft nicht zu</th> </tr> <tr> <th style="text-align: left;">Wie stark vermissen Sie ...</th> <th style="text-align: center;">1</th> <th style="text-align: center;">2</th> <th style="text-align: center;">3</th> <th style="text-align: center;">4</th> <th style="text-align: center;">5</th> <th style="text-align: center;">6</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>● Freunde? .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 46</td> </tr> <tr> <td>● Verwandte? .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 47</td> </tr> <tr> <td>● Heimatland? .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 48</td> </tr> <tr> <td>● Heimatstadt? .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 49</td> </tr> <tr> <td>● Natur? .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 50</td> </tr> <tr> <td>● Klima? .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 51</td> </tr> <tr> <td>● Arbeit? .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 52</td> </tr> <tr> <td>● Sprache? .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 53</td> </tr> <tr> <td>● türkische Kultur? .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 54</td> </tr> </tbody> </table>		Sehr stark	Eher stark	Mittel	Eher wenig	Sehr wenig / gar nicht	trifft nicht zu	Wie stark vermissen Sie ...	1	2	3	4	5	6	● Freunde? .....	<input type="checkbox"/> 46	● Verwandte? .....	<input type="checkbox"/> 47	● Heimatland? .....	<input type="checkbox"/> 48	● Heimatstadt? .....	<input type="checkbox"/> 49	● Natur? .....	<input type="checkbox"/> 50	● Klima? .....	<input type="checkbox"/> 51	● Arbeit? .....	<input type="checkbox"/> 52	● Sprache? .....	<input type="checkbox"/> 53	● türkische Kultur? .....	<input type="checkbox"/> 54																																														
	Sehr stark	Eher stark	Mittel	Eher wenig	Sehr wenig / gar nicht	trifft nicht zu																																																																									
Wie stark vermissen Sie ...	1	2	3	4	5	6																																																																									
● Freunde? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 46																																																																									
● Verwandte? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 47																																																																									
● Heimatland? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 48																																																																									
● Heimatstadt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 49																																																																									
● Natur? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 50																																																																									
● Klima? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 51																																																																									
● Arbeit? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 52																																																																									
● Sprache? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 53																																																																									
● türkische Kultur? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 54																																																																									
2353.7	<p>Planen Sie in den nächsten 12 Monaten eine Reise in die Türkei?</p> <p style="text-align: right;">Ja ..... <input type="checkbox"/> 1 56</p> <p style="text-align: right;">Nein ..... <input type="checkbox"/> 2</p>																																																																														
2353.8	<p>Haben Sie an einem deutschen Sprachkurs teilgenommen?</p> <p style="text-align: right;">Ja ..... <input type="checkbox"/> 1 57</p> <p style="text-align: right;">Nein ..... <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>2353.9</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>2353.10</p>																																																																													
2353.9	<p>Wie viele Stunden pro Woche hatten Sie Deutschunterricht?</p> <p style="text-align: right;">Stunden pro Woche: .... <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p style="text-align: right; font-size: small;">58-59</p>																																																																														
2353.10	<p>Wie wichtig ist es für Sie, dass Ihre Kinder türkisch sprechen?</p> <p><b>👉 Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sehr wichtig ..... <input type="checkbox"/> 1</li> <li>● eher wichtig ..... <input type="checkbox"/> 2</li> <li>● eher unwichtig ..... <input type="checkbox"/> 3</li> <li>● völlig unwichtig? ..... <input type="checkbox"/> 4</li> </ul> <p style="text-align: right; font-size: small;">60</p>																																																																														
2353.11	<p>Wie wichtig ist es für Sie, dass Ihre Kinder mit der türkischen Kultur vertraut sind?</p> <p><b>👉 Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sehr wichtig ..... <input type="checkbox"/> 1</li> <li>● eher wichtig ..... <input type="checkbox"/> 2</li> <li>● eher unwichtig ..... <input type="checkbox"/> 3</li> <li>● völlig unwichtig? ..... <input type="checkbox"/> 4</li> </ul> <p style="text-align: right; font-size: small;">61</p>																																																																														

Nr.	K.47	Weiter mit																																				
2354.	<p>Im folgenden möchte ich gerne von Ihnen wissen, wie Sie sich in Ihrer Familie fühlen. Ich lese Ihnen einige Sätze vor und Sie sagen mir bitte, ob das für Sie immer, häufig, selten oder nie zutrifft.</p> <p> <b>Liste 2354 vorlegen und Vorgaben vorlesen!</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Immer 1</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Häufig 2</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Selten 3</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nie 4</th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>● Ich bin gerne mit meiner Familie zusammen .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">12</td> </tr> <tr> <td>● In unserer Familie kommt es zu Reibereien .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">13</td> </tr> <tr> <td>● In unserer Familie können wir über alles sprechen .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">14</td> </tr> <tr> <td>● In unserer Familie geht jeder seinen eigenen Weg .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">15</td> </tr> <tr> <td>● In unserer Familie haben wir viel Spaß miteinander .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">16</td> </tr> </tbody> </table>		Immer 1	Häufig 2	Selten 3	Nie 4		● Ich bin gerne mit meiner Familie zusammen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	● In unserer Familie kommt es zu Reibereien .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	● In unserer Familie können wir über alles sprechen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	● In unserer Familie geht jeder seinen eigenen Weg .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	● In unserer Familie haben wir viel Spaß miteinander .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	
	Immer 1	Häufig 2	Selten 3	Nie 4																																		
● Ich bin gerne mit meiner Familie zusammen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12																																	
● In unserer Familie kommt es zu Reibereien .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13																																	
● In unserer Familie können wir über alles sprechen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14																																	
● In unserer Familie geht jeder seinen eigenen Weg .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15																																	
● In unserer Familie haben wir viel Spaß miteinander .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16																																	
2355.	<p>Welcher Kirche bzw. Religionsgemeinschaft gehören Sie an?</p> <p style="text-align: right;">Der evangelischen Kirche ..... <input type="checkbox"/> 1 17-18</p> <p style="text-align: right;">Einer evangelischen Freikirche ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">Der römisch-katholischen Kirche ..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p style="text-align: right;">Einer anderen christlichen Religionsgemeinschaft ..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p style="text-align: right;">Dem Islam ..... <input type="checkbox"/> 5</p> <p style="text-align: right;">Einer anderen nicht-christlichen Religionsgemeinschaft ..... <input type="checkbox"/> 6</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: right;">Keiner Religionsgemeinschaft ..... <input type="checkbox"/> 7</p>	<p style="text-align: center;">2356</p> <p style="text-align: center;">2357A</p>																																				
2356.	<p>Wie häufig gehen Sie zum Gottesdienst?</p> <p> <b>Bitte nur <u>eine</u> Nennung!</b></p> <p style="text-align: right;">Häufiger als einmal in der Woche ..... <input type="checkbox"/> 1 19,20</p> <p style="text-align: right;">Einmal in der Woche ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">Ein- bis dreimal im Monat ..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p style="text-align: right;">Mehrere Male im Jahr ..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p style="text-align: right;">Seltener ..... <input type="checkbox"/> 5</p> <p style="text-align: right;">Nie ..... <input type="checkbox"/> 6</p>																																					
2357A	<p>Erziehen Sie ... (<b>Zielkind nennen</b>) religiös?</p> <p style="text-align: right;">Ja ..... <input type="checkbox"/> 1 21</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: right;">Nein ..... <input type="checkbox"/> 2</p>	<p style="text-align: center;">2357B</p> <p style="text-align: center;">2358</p>																																				
2357B	<p>Wie wichtig ist Ihnen die Religion bei der Erziehung von ... (<b>Zielkind</b>)?</p> <p> <b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sehr wichtig ..... <input type="checkbox"/> 1 22</li> <li>● eher wichtig ..... <input type="checkbox"/> 2</li> <li>● eher unwichtig ..... <input type="checkbox"/> 3</li> <li>● oder völlig unwichtig? ..... <input type="checkbox"/> 4</li> </ul>																																					

Nr.		Weiter mit
2358.	<p>Wir wollen nun etwas über Ihre Erwerbssituation erfahren. Sind Sie derzeit erwerbstätig? Unter "Erwerbstätigkeit" verstehen wir dabei jede bezahlte bzw. mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit, egal in welchem zeitlichen Umfang.</p> <p style="text-align: right;">Ja ..... <input type="checkbox"/> 1 23</p> <p style="text-align: right;">Nein ..... <input type="checkbox"/> 2</p>	2359 <b>2373</b>
2359.	<p>Wenn Sie Ihre gesamte Erwerbstätigkeit zusammenrechnen, wieviel Wochenstunden haben Sie im Durchschnitt des letzten halben Jahres etwa gearbeitet?</p> <p style="text-align: right;">weniger als 15 Stunden ..... <input type="checkbox"/> 1 24-25</p> <p style="text-align: right;">15 bis 24 Stunden ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">25 bis 34 Stunden ..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p style="text-align: right;">35 bis 40 Stunden ..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p style="text-align: right;">41 bis 60 Stunden ..... <input type="checkbox"/> 5</p> <p style="text-align: right;">oder mehr als 60 Stunden? ..... <input type="checkbox"/> 6</p>	
2360.	<p>Was trifft für Ihre Haupttätigkeit zu? Sind Sie ...</p> <p> <b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <p style="text-align: right;">● Vollzeit erwerbstätig ..... <input type="checkbox"/> 1 26</p> <p style="text-align: right;">● Teilzeit erwerbstätig ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <hr/> <p style="text-align: right;">● oder nur geringfügig beschäftigt? ... <input type="checkbox"/> 3</p>	2361 <b>2373</b>
2361.	<p>Üben Sie neben Ihrer Haupttätigkeit noch weitere Erwerbstätigkeiten aus?</p> <p style="text-align: right;">Ja ..... <input type="checkbox"/> 1 27</p> <p style="text-align: right;">Nein ..... <input type="checkbox"/> 2</p>	
2362.	<p>Welchen Beruf üben Sie derzeit hauptberuflich aus? In welche Berufsklasse gehört Ihre derzeitige berufliche Position im Hauptberuf?</p> <p> <b>Liste 2362 vorlegen und fragen:</b></p> <p>A Selbständige(r) in Landwirtschaft, Forstwirtschaft, Tierzucht, Fischerei ..... <input type="checkbox"/> 1 <sup>28-29</sup> → <b>2363</b></p> <p>B Selbständige(r) in freiem Beruf, selbständige Akademiker(in), freischaffende(r) Künstler(in) ..... <input type="checkbox"/> 2 → <b>2364</b></p> <p>C Selbständige(r) in Handel, Gewerbe, Industrie, Dienstleistung ..... <input type="checkbox"/> 3 → <b>2365</b></p> <p>D Beamte/Beamtin, auch Richter(in), Berufssoldat(in) ..... <input type="checkbox"/> 4 → <b>2366</b></p> <p>E Angestellte(r) ..... <input type="checkbox"/> 5 → <b>2367</b></p> <p>F Arbeiter(in), Facharbeiter(in) ..... <input type="checkbox"/> 6 → <b>2368</b></p> <p>G Mithelfende(r) Familienangehörige(r) ..... <input type="checkbox"/> 7 → <b>2369</b></p> <p>H Auszubildende(r) / Lehrling ..... <input type="checkbox"/> 8 → <b>2370</b></p>	

Nr.		Weiter mit
2363. 2363A	<p><b>Selbständige Landwirte:</b></p> <p>Wieviel landwirtschaftlich genutzte Fläche haben Sie als selbständiger Landwirt? Unter 10 ha oder 10 ha und mehr?</p> <p>Unter 10 ha ..... <input type="checkbox"/> 1 30  10 ha und mehr ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: center;">31-32                  33-36</p> <p>Seit wann sind Sie selbständiger Landwirt?</p> <p>Seit <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Monat                  Jahr</p>	<b>2371</b> <b>!</b>
2364. 2364A	<p><b>Selbständige(r) in freiem Beruf, Akademiker, freischaffende Künstler</b></p> <p>Arbeiten Sie alleine oder haben Sie Mitarbeiter bzw. Partner?</p> <p>Arbeite alleine ..... <input type="checkbox"/> 1 37  1 bis 4 Mitarbeiter ..... <input type="checkbox"/> 2  5 und mehr Mitarbeiter .... <input type="checkbox"/> 3</p> <p style="text-align: center;">38-39                  40-43</p> <p>Seit wann sind Sie selbständig tätig?</p> <p>Seit <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Monat                  Jahr</p>	<b>2371</b> <b>!</b>
2365. 2365A	<p><b>Selbständige(r) in Handel, Gewerbe, Industrie, Dienstleistung</b></p> <p>Arbeiten Sie alleine oder haben Sie Mitarbeiter bzw. Partner?</p> <p>Arbeite alleine ..... <input type="checkbox"/> 1 44  1 bis 4 Mitarbeiter ..... <input type="checkbox"/> 2  5 und mehr Mitarbeiter .... <input type="checkbox"/> 3</p> <p style="text-align: center;">45-46                  47-50</p> <p>Seit wann sind Sie selbständig tätig?</p> <p>Seit <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Monat                  Jahr</p>	<b>2371</b> <b>!</b>
2366. 2366A 2366B	<p><b>Beamter / Beamtin, auch Richter(in), Berufssoldat(in)</b></p> <p>In welchem Dienst sind Sie als Beamter beschäftigt?</p> <p> <b>Liste 2366 vorlegen!</b></p> <p>A Im einfachen Dienst (bis einschl. Oberamtsmeister) ..... <input type="checkbox"/> 1 51  B Im mittleren Dienst (von Assistent bis einschl. Hauptsekretär, Amtsinspektor) ..... <input type="checkbox"/> 2  C Im gehobenen Dienst (von Inspektor bis einschl. Oberamtsrat) ..... <input type="checkbox"/> 3  D Im höheren Dienst, Richter (von Rat aufwärts) ..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p style="text-align: center;">52-53                  54-57</p> <p>Seit wann üben Sie Ihren Beruf in der jetzigen Position aus?</p> <p>Seit <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Monat                  Jahr</p> <p>Ist Ihr gegenwärtiges Arbeitsverhältnis befristet?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/> 1 58  Nein ..... <input type="checkbox"/> 2</p>	<b>2371</b> <b>!</b>

Nr.		Weiter mit						
2367.	<p><b>Angestellte(r)</b></p> <p>Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?</p> <p> <b>Liste 2367 vorlegen!</b></p> <p>Ich bin Angestellte(r), und zwar:</p> <p>A mit ausführender Tätigkeit nach Anweisung (z.B. Verkäufer, Kontorist, Datentypist) ..... <input type="checkbox"/> 1 59</p> <p>B mit einer Tätigkeit, die ich nach Anweisung erledige (z.B. Sachbearbeiter, Buchhalter, technischer Zeichner) ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>C mit selbständiger Leistung in verantwortlicher Tätigkeit bzw. mit begrenzter Verantwortung für Personal (z.B. wissenschaftliche Mitarbeiter, Prokurist, Abteilungsleiter) bzw. Meister im Angestelltenverhältnis) ..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>D mit umfassenden Führungsaufgaben und Entscheidungsbefugnissen (z.B. Direktor, Geschäftsführer, Mitglied des Vorstands) ..... <input type="checkbox"/> 4</p>							
2367A	<p>Seit wann üben Sie Ihren Beruf in der jetzigen Position aus?</p> <p>Seit <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="text-align: center;">60-61</td> <td style="text-align: center;">62-65</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Monat</td> <td style="text-align: center;">Jahr</td> </tr> </table> </p>	60-61	62-65	_ _	_ _ _	Monat	Jahr	<b>2371</b> <b>!</b>
60-61	62-65							
_ _	_ _ _							
Monat	Jahr							
2367B	<p>Ist Ihr gegenwärtiges Arbeitsverhältnis befristet?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/> 1 66</p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/> 2</p>							
2368.	<p><b>Arbeiter(in)</b></p> <p>Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?</p> <p>Sind Sie ...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ungelernt ..... <input type="checkbox"/> 1 67</li> <li>● angelernt ..... <input type="checkbox"/> 2</li> <li>● Facharbeiter ..... <input type="checkbox"/> 3</li> <li>● Vorarbeiter ..... <input type="checkbox"/> 4</li> <li>● oder Meister, Polier? ..... <input type="checkbox"/> 5</li> </ul>							
2868A	<p>Seit wann üben Sie Ihren Beruf in der jetzigen Position aus?</p> <p>Seit <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="text-align: center;">68-69</td> <td style="text-align: center;">70-73</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Monat</td> <td style="text-align: center;">Jahr</td> </tr> </table> </p>	68-69	70-73	_ _	_ _ _	Monat	Jahr	<b>2371</b> <b>!</b>
68-69	70-73							
_ _	_ _ _							
Monat	Jahr							
2368B	<p>Ist Ihr gegenwärtiges Arbeitsverhältnis befristet?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/> 1 74</p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/> 2</p>							
2369.	<p><b>Mithelfende Familienangehörige</b></p> <p>Seit wann arbeiten Sie in der jetzigen Position im Familienbetrieb?</p> <p>Seit <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="text-align: center;">75-76</td> <td style="text-align: center;">77-80</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Monat</td> <td style="text-align: center;">Jahr</td> </tr> </table> </p>	75-76	77-80	_ _	_ _ _	Monat	Jahr	<b>2371</b> <b>!</b>
75-76	77-80							
_ _	_ _ _							
Monat	Jahr							
2370.	<p><b>Auszubildende(r) / Lehrling</b></p> <p>Seit wann haben Sie diese Ausbildungs- bzw. Lehrstelle?</p> <p>Seit <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="text-align: center;">81-82</td> <td style="text-align: center;">83-86</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Monat</td> <td style="text-align: center;">Jahr</td> </tr> </table> </p>	81-82	83-86	_ _	_ _ _	Monat	Jahr	
81-82	83-86							
_ _	_ _ _							
Monat	Jahr							



Nr.	K.47	Weiter mit
2376.	<p>Haben Sie Ihre Erwerbstätigkeit oder Ausbildung innerhalb der letzten fünf Jahre wegen eines Ihrer Kinder unterbrochen? Ja <input type="checkbox"/> Monate <span style="float: right;">107-108</span></p> <p>Wenn ja, wie viele Monate? Nein ..... <input type="checkbox"/> 0</p> <p>War in den letzten 5 Jahren nicht erwerbstätig ... <input type="checkbox"/> 95</p> <p>War noch nie erwerbstätig ..... <input type="checkbox"/> 96</p>	
2377.	<p>Zum Abschluss habe ich noch einige Fragen zu Ihrer finanziellen Situation. Welche Einkommensquellen haben Sie in Ihrem Haushalt? Nennen Sie mir bitte alles von dieser Liste, was zutrifft. Es genügt, wenn Sie mir die zutreffenden Buchstaben nennen.</p> <p> <b>Liste 2377 vorlegen!</b> <b>Mehrfachnennungen möglich!</b></p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>A Mein eigenes Erwerbseinkommen ..... <input type="checkbox"/> 109</p> <p>B Das Erwerbseinkommen meines Partners ..... <input type="checkbox"/> 110</p> <p>C Einkommen anderer Haushaltsmitglieder ..... <input type="checkbox"/> 111</p> <p>D Mieteinnahmen / Zinserträge (nur wenn mehr als 100 EURO/Monat) .... <input type="checkbox"/> 112</p> <p>E Arbeitslosengeld / Arbeitslosenhilfe / Sozialhilfe / Wohngeld ..... <input type="checkbox"/> 113</p> <p>F Erziehungsgeld / Kindergeld ..... <input type="checkbox"/> 114</p> <p>G Unterhaltsleistung ..... <input type="checkbox"/> 115</p> <p>H Private Transfers (z.B. Geld von den Eltern / Schwiegereltern) ..... <input type="checkbox"/> 116</p> <p>J Stipendien / Bafög ..... <input type="checkbox"/> 117</p> <p>K Sonstige Sozialleistungen oder Renten ..... <input type="checkbox"/> 118</p>	
2378.	<p>Wie hoch ist das monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushalts insgesamt? Dabei ist die Summe gemeint, die sich aus sämtlichen Einnahmen, jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge ergibt.</p> <p>Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Nettoeinkommen aus Vermietung und Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu. Falls Sie oder Ihr Partner selbständig sind, geben Sie bitte das durchschnittliche monatliche Nettoeinkommen abzüglich der Vorsorgeaufwendungen für Krankheit und Alter an.</p> <p>Bitte sagen Sie mir, welcher Buchstabe von dieser Liste auf das ungefähre Nettoeinkommen Ihres Haushalts zutrifft.</p> <p> <b>Liste 2378 vorlegen!</b></p> <p style="text-align: right;">119-120</p> <p>unter 325 Euro <b>A</b> <input type="checkbox"/> 01</p> <p>325 bis unter 500 Euro <b>B</b> <input type="checkbox"/> 02</p> <p>500 bis unter 750 Euro <b>C</b> <input type="checkbox"/> 03</p> <p>750 bis unter 1250 Euro <b>D</b> <input type="checkbox"/> 04</p> <p>1250 bis unter 1750 Euro <b>E</b> <input type="checkbox"/> 05</p> <p>1750 bis unter 2250 Euro <b>F</b> <input type="checkbox"/> 06</p> <p>2250 bis unter 2750 Euro <b>G</b> <input type="checkbox"/> 07</p> <p>2750 bis unter 3250 Euro <b>H</b> <input type="checkbox"/> 08</p> <p>3250 bis unter 4000 Euro <b>J</b> <input type="checkbox"/> 09</p> <p>4000 Euro und mehr <b>K</b> <input type="checkbox"/> 10</p>	

Nr.	K. 47	Weiter mit
2379.	<p>Beziehen Sie regelmäßig Unterhaltsleistungen? Wenn ja, wieviel monatlich? Bitte denken Sie dabei auch an Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz.  <b>Gemeint sind Zahlungen von Personen außerhalb des Haushalts.</b></p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="text" value=""/> Euro monatlich <span style="float: right;">121-124</span> Nein ..... <input type="checkbox"/> 0</p>	
2380.	<p>Müssen Sie Unterhalt leisten? Wenn ja, wieviel monatlich?  <b>Gemeint sind Zahlungen an Personen außerhalb des Haushalts.</b></p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="text" value=""/> Euro monatlich <span style="float: right;">125-128</span> Nein ..... <input type="checkbox"/> 0</p>	
2381.	<p>Zahlen Sie für Schulden oder Kredite regelmäßige Zinsen oder Tilgungsraten? Wenn ja, wieviel monatlich?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="text" value=""/> Euro monatlich <span style="float: right;">129-132</span> Nein ..... <input type="checkbox"/> 0</p>	
2382.	<p>Wie hoch sind Ihre monatlichen Ausgaben für Ihre Wohnung bzw. Ihr Haus? Wenn Sie Mieter sind geben Sie bitte die Brutto-Warmmiete an, wenn Sie Eigentümer sind, die monatlichen Kosten ohne Baukredit-Belastung.</p> <p style="text-align: right;"><input type="text" value=""/> Euro monatlich <span style="float: right;">133-136</span></p>	
2383.	<p>Nun zur persönlichen Einschätzung Ihrer finanziellen Lage. Hat sich Ihre persönliche wirtschaftliche Lage im Laufe des letzten Jahres ...</p> <p> <b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● deutlich verbessert ..... <input type="checkbox"/> 1 137</li> <li>● verbessert ..... <input type="checkbox"/> 2</li> <li>● nicht verändert ..... <input type="checkbox"/> 3</li> <li>● verschlechtert ..... <input type="checkbox"/> 4</li> <li>● oder deutlich verschlechtert? .... <input type="checkbox"/> 5</li> </ul>	
2384.	<p>Vielen Dank fürs Mitmachen. Wir würden uns freuen, wenn die Beantwortung der Fragen Ihnen auch ein wenig Spaß gemacht hat. Zum Abschluss eine ganz andere Frage. Es ist zwar noch nicht entschieden, wird aber überlegt, dieses Forschungsprojekt zu einem späteren Zeitpunkt mit einer weiteren Befragung fortzusetzen. Wären Sie gegebenenfalls dazu bereit, noch einmal bei einer wesentlich kürzeren Befragung mitzumachen? Ihr Mitwirken ist sehr wertvoll, es wäre sehr schön, wenn Sie sich dazu entschließen könnten. Für Ihre Zustimmung möchten wir Ihnen gerne schon heute danken! Zum Zweck einer weiteren Befragung müssen wir Ihre Adresse aufbewahren. Das Datenschutzgesetz setzt dabei zu Recht Ihr Einverständnis voraus, um das wir Sie hiermit herzlich bitten möchten. Ihre Adresse wird getrennt vom Fragebogen ausschließlich für den Zweck einer weiteren Befragung aufgehoben, sie kann niemals mit den von Ihnen angegebenen Antworten in Verbindung gebracht werden. Ihre Angaben bleiben absolut anonym. Nach Abschluss des Forschungsprojektes wird Ihre Adresse dann endgültig gelöscht. Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn wir Sie für das weitere Mitwirken an unserem Forschungsprojekt gewinnen könnten.</p> <p> <b>Panelblatt übergeben, von Zielperson ausfüllen lassen, Lfd.-Nr. übertragen und mit dem Fragebogen an infas zurückschicken.</b></p> <p style="text-align: right;"> <b>Bitte unbedingt ankreuzen:</b> ZP hat Panelblatt ausgefüllt ..... <input type="checkbox"/> 1 138 ZP hat Panelblatt nicht ausgefüllt ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">  <b>Weiter mit Frage 2901</b> </div>	

Nr.	Ab hier ohne die/den Befragte/n eintragen:	Weiter mit
2901.	<p style="text-align: right;">K. 48</p> <p>Mit wem wurde das Interview durchgeführt?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Leibliche Mutter ..... <input type="checkbox"/> 1 12</li> <li>● Alleinerziehender leiblicher Vater ..... <input type="checkbox"/> 2</li> <li>● Stiefmutter/Pflegemutter/Adoptivmutter/ seit mindestens einem Jahr beim Vater lebende neue Partnerin ..... <input type="checkbox"/> 3</li> </ul>	
2902.	<p>Wer war während des Interviews anwesend? <span style="float: right;">1</span></p> <p> <b>Mehrfachnennungen möglich!</b></p> <p>Niemand außer der Befragten / dem Befragten ... <input type="checkbox"/> 13</p> <p>Zielkind ..... <input type="checkbox"/> 14</p> <p>(Ehe-)Partner(in) ..... <input type="checkbox"/> 15</p> <p>Großeltern ..... <input type="checkbox"/> 16</p> <p>Jüngere Geschwister von Zielkind ..... <input type="checkbox"/> 17</p> <p>Ältere Geschwister von Zielkind ..... <input type="checkbox"/> 18</p> <p>Andere Kinder ..... <input type="checkbox"/> 19</p> <p>Andere Personen (<i>bitte angeben</i>): ..... <input type="checkbox"/> 20</p> <p>_____ K. 49</p> <p>_____ 712-811</p>	
2903.	<p>Wer hat in das Interview eingegriffen? <span style="float: right;">1</span></p> <p> <b>Mehrfachnennungen möglich!</b></p> <p>Niemand ..... <input type="checkbox"/> 21</p> <p>Zielkind ..... <input type="checkbox"/> 22</p> <p>(Ehe-)Partner(in) ..... <input type="checkbox"/> 23</p> <p>Großeltern ..... <input type="checkbox"/> 24</p> <p>Jüngere Geschwister von Zielkind ..... <input type="checkbox"/> 25</p> <p>Ältere Geschwister von Zielkind ..... <input type="checkbox"/> 26</p> <p>Andere Kinder ..... <input type="checkbox"/> 27</p> <p>Andere Personen (<i>bitte angeben</i>): ..... <input type="checkbox"/> 28</p> <p>_____ K. 49</p> <p>_____ 812-911</p>	
2904.1	<p>In welcher Sprache wurde das Interview durchgeführt? <span style="float: right;">K. 48</span></p> <p>Ganz auf deutsch ..... <input type="checkbox"/> 1 29</p> <p>Überwiegend auf deutsch ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Überwiegend auf türkisch ..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Ganz auf türkisch ..... <input type="checkbox"/> 4</p>	

