

Beziehungen und Familienleben in Deutschland

Zusatzfragebogen für Jugendliche zum Übergang in die Hauptbefragung
Welle 5

Abrechnungsnummer

--	--	--	--	--	--

Welle

--	--

Listennummer

--	--	--	--

Laufende Nummer

--	--	--

Haushaltsnummer

--	--	--	--	--	--

Partnerschaftsbiographie:

Nun möchten wir Sie zu Ihren Partnerschaften **ab dem Alter von 14 Jahren** bis heute befragen. Falls Sie aktuell einen Partner haben: es geht hier um mögliche Partnerschaften vor Ihrer aktuellen Partnerschaft. Mit welchen Personen hatten Sie eine feste Beziehung? Uns interessieren hier alle für Sie wichtigen Beziehungen. Das sind vor allem solche, die entweder länger als 6 Monate dauerten, oder bei denen Sie mit einem Partner zusammenlebten, oder aus denen ein Kind hervorging oder die aus anderen Gründen für Sie wichtig waren.

Hatten Sie (vor ihrer aktuellen Partnerschaft) eine oder mehrere solcher wichtigen Beziehungen?

- Nein ► weiter auf der nächsten Seite mit den Fragen zur „Kindheitsgeschichte“
Ja ► weiter mit der folgenden Tabelle

Wenn ja: Bitte beginnen Sie mit der Spalte „1. Partner“ und füllen hierzu alle Angaben aus. Wenn es einen zweiten Partner gab, füllen Sie danach bitte die Spalte „2. Partner“ aus usw.

	1. Partner	2. Partner	3. Partner	4. Partner
Wie lautet der Name des Partners	<input type="text"/> (Vorname)	<input type="text"/> (Vorname)	<input type="text"/> (Vorname)	<input type="text"/> (Vorname)
Welches Geschlecht hat dieser Partner?				
weiblich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
männlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beginn der Beziehung				
Monat	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Jahr	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Ende der Beziehung				
Monat	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Jahr	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Waren Sie noch zu einem anderen Zeitpunkt mit diesem Partner/ dieser Partnerin zusammen?				
Ja, früher ein weiteres mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, heute wieder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Beziehung kann durch Trennung oder Tod des Partners enden. Wie war das bei dem Ende Ihrer Beziehung mit ihrem Partner/ihrer Partnerin?				
Durch Trennung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch den Tod des Partners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls sie mehr als die vier aufgelisteten Partner hatten: Wie viele weitere solcher wichtigen Partnerschaften seit dem Alter von 14 Jahren gab es bis heute?	<input type="text"/> <input type="text"/>		Partnerschaften	

Kindheitsgeschichte

Nun ein paar Fragen zu Ihrer Herkunft und zu Ihrer Kindheit.

Von welchem Land bzw. von welchen Ländern haben Sie die **Staatsbürgerschaft**?

Wenn Sie mehrere Staatsbürgerschaften haben, nennen Sie bitte alle Länder.

- ☐ Bundesrepublik Deutschland
- ☐ Türkei
- ☐ Russische Föderation
- ☐ Polen
- ☐ Italien
- ☐ Serbien
- ☐ Kroatien
- ☐ Griechenland
- ☐ Rumänien
- ☐ Kasachstan
- ☐ Bosnien-Herzegowina
- ☐ Eines anderen Landes und zwar:

In welchem **Land** sind Sie **geboren**?

(Bitte nur eine Antwort ankreuzen)

- ☐ Bundesrepublik Deutschland
- ☐ Türkei
- ☐ Russische Föderation
- ☐ Polen
- ☐ Italien
- ☐ Serbien
- ☐ Kroatien
- ☐ Griechenland
- ☐ Rumänien
- ☐ Kasachstan
- ☐ Bosnien-Herzegowina
- ☐ Eines anderen Landes und zwar:

Falls Sie auf dem Gebiet der jetzigen Bundesrepublik geboren wurden:

In welchem **Bundesland** sind Sie **geboren**?

- ☐ Baden-Württemberg
- ☐ Bayern
- ☐ Berlin (Ost)
- ☐ Berlin (West)
- ☐ Brandenburg
- ☐ Bremen
- ☐ Hamburg
- ☐ Hessen
- ☐ Mecklenburg-Vorpommern
- ☐ Niedersachsen
- ☐ Nordrhein-Westfalen
- ☐ Rheinland-Pfalz
- ☐ Saarland
- ☐ Sachsen
- ☐ Sachsen-Anhalt
- ☐ Schleswig-Holstein
- ☐ Thüringen

Wie viele Male sind Sie seit Ihrer Geburt bis heute umgezogen?
Gemeint sind auch Umzüge innerhalb des Ortes.

Mal

Bei wem haben Sie seit Ihrer Geburt bis heute gelebt?

Bitte kreuzen Sie in der linken Spalte an, bei wem Sie direkt nach Ihrer Geburt gelebt haben (bitte nur eine Alternative ankreuzen!). Falls sich die Wohnsituation im Laufe Ihres Lebens geändert hat, so tragen Sie bitte in der Kopfzeile der zweiten Spalte ein, in welchem Alter die erste Änderung stattgefunden hat und kreuzen dann darunter an, wo Sie nach dieser Änderung gelebt haben. Genauso können Sie dann später folgende Änderungen der Wohnsituation in den nächsten Spalten eintragen.

Lebenssituation bei der Geburt	1. Änderung mit <input type="text"/> Jahren	2. Änderung mit <input type="text"/> Jahren	3. Änderung mit <input type="text"/> Jahren	4. Änderung mit <input type="text"/> Jahren
<input type="checkbox"/> Bei beiden leiblichen Eltern	<input type="checkbox"/> Bei beiden leiblichen Eltern	<input type="checkbox"/> Bei beiden leiblichen Eltern	<input type="checkbox"/> Bei beiden leiblichen Eltern	<input type="checkbox"/> Bei beiden leiblichen Eltern
<input type="checkbox"/> Bei der Mutter (ohne Partner)	<input type="checkbox"/> Bei der Mutter (ohne Partner)	<input type="checkbox"/> Bei der Mutter (ohne Partner)	<input type="checkbox"/> Bei der Mutter (ohne Partner)	<input type="checkbox"/> Bei der Mutter (ohne Partner)
<input type="checkbox"/> Bei der Mutter mit ihrem (neuen) Partner	<input type="checkbox"/> Bei der Mutter mit ihrem (neuen) Partner	<input type="checkbox"/> Bei der Mutter mit ihrem (neuen) Partner	<input type="checkbox"/> Bei der Mutter mit ihrem (neuen) Partner	<input type="checkbox"/> Bei der Mutter mit ihrem (neuen) Partner
<input type="checkbox"/> Beim Vater (ohne Partnerin)	<input type="checkbox"/> Beim Vater (ohne Partnerin)	<input type="checkbox"/> Beim Vater (ohne Partnerin)	<input type="checkbox"/> Beim Vater (ohne Partnerin)	<input type="checkbox"/> Beim Vater (ohne Partnerin)
<input type="checkbox"/> Beim Vater mit seiner (neuen) Partnerin	<input type="checkbox"/> Beim Vater mit seiner (neuen) Partnerin	<input type="checkbox"/> Beim Vater mit seiner (neuen) Partnerin	<input type="checkbox"/> Beim Vater mit seiner (neuen) Partnerin	<input type="checkbox"/> Beim Vater mit seiner (neuen) Partnerin
<input type="checkbox"/> Bei den Großeltern	<input type="checkbox"/> Bei den Großeltern	<input type="checkbox"/> Bei den Großeltern	<input type="checkbox"/> Bei den Großeltern	<input type="checkbox"/> Bei den Großeltern
<input type="checkbox"/> Bei einem Bruder oder einer Schwester	<input type="checkbox"/> Bei einem Bruder oder einer Schwester	<input type="checkbox"/> Bei einem Bruder oder einer Schwester	<input type="checkbox"/> Bei einem Bruder oder einer Schwester	<input type="checkbox"/> Bei einem Bruder oder einer Schwester
<input type="checkbox"/> Bei anderen Verwandten	<input type="checkbox"/> Bei anderen Verwandten	<input type="checkbox"/> Bei anderen Verwandten	<input type="checkbox"/> Bei anderen Verwandten	<input type="checkbox"/> Bei anderen Verwandten
<input type="checkbox"/> Bei Adoptiveltern	<input type="checkbox"/> Bei Adoptiveltern	<input type="checkbox"/> Bei Adoptiveltern	<input type="checkbox"/> Bei Adoptiveltern	<input type="checkbox"/> Bei Adoptiveltern
<input type="checkbox"/> Bei Pflegeeltern	<input type="checkbox"/> Bei Pflegeeltern	<input type="checkbox"/> Bei Pflegeeltern	<input type="checkbox"/> Bei Pflegeeltern	<input type="checkbox"/> Bei Pflegeeltern
<input type="checkbox"/> In einem Heim, einer betreuten Wohnung oder einem Internat	<input type="checkbox"/> In einem Heim, einer betreuten Wohnung oder einem Internat	<input type="checkbox"/> In einem Heim, einer betreuten Wohnung oder einem Internat	<input type="checkbox"/> In einem Heim, einer betreuten Wohnung oder einem Internat	<input type="checkbox"/> In einem Heim, einer betreuten Wohnung oder einem Internat
<input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich <input type="text"/>

Falls es in Ihrem Leben mehr als die vier aufgelisteten Änderungen in Ihrer Lebenssituation gab: Wie viele weitere Änderungen gab es bis heute?

Änderungen der Lebenssituation

Kindheitsgeschichte

Wie würden Sie insgesamt gesehen Ihre Kindheit einschätzen?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Überhaupt nicht glücklich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr glücklich

Im Folgenden geht es um Intimität und Sexualität.

Zunächst zu den „ersten Malen“. Welche der folgenden Liebeserfahrungen haben Sie selbst schon erlebt und wie alt waren Sie dabei?

	Der erste Kuss	Das erste Petting	Der erste Geschlechtsverkehr
Mit wie vielen Jahren erlebt? mit <input type="text"/> Jahren	mit <input type="text"/> Jahren	mit <input type="text"/> Jahren	mit <input type="text"/> Jahren
Hatte ich bisher nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das möchte ich nicht beantworten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angenommen, Sie würden jetzt einen Partner suchen, würden Sie nach Männern oder Frauen suchen?

- ☐ Männer
- ☐ Frauen
- ☐ Keine klare Präferenz
- ☐ Weiß nicht
- ☐ Das möchte ich nicht beantworten

Abschließend zu Ihren Zukunftsvorstellungen

Wenn Sie einmal an die Zukunft denken, wie wichtig ist es Ihnen . . .

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
... beruflich etwas zu erreichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr wichtig
Überhaupt nicht wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... Kinder zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr wichtig
Überhaupt nicht wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... erwerbstätig zu sein, selbst wenn es finanziell nicht notwendig wäre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr wichtig
Überhaupt nicht wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	