

Beziehungen und Familienleben in Deutschland

PARTNERFRAGEBOGEN

Welle 2

Abrechnungsnummer	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Welle	<input type="text"/> <input type="text"/>
Listennummer	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Laufende Nummer	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Haushaltsnummer	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Partnernummer	<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"/>

Wie wird's gemacht? Hier ein paar Erläuterungen:

Es gibt bei unseren Fragen keine richtigen und falschen Antworten, sondern es geht immer um Ihre persönliche Meinung und Ihre Erlebnisse.

Wir möchten Sie bitten, den Fragebogen allein auszufüllen. Wir versichern Ihnen, dass die Angaben vertraulich behandelt werden.

Gehen Sie bitte der Reihe nach vor, Frage für Frage. Überspringen Sie Fragen nur dann, wenn im Text ausdrücklich ein entsprechender Hinweis gegeben ist.

Dazu zwei Beispiele:

1. Gibt es in Ihrem Haushalt Kinder?

Ja ☐ Nein ☐ ➔ Weiter mit Frage 3

↓

Wenn Sie in diesem Beispiel "Ja" ankreuzen, geht es für Sie weiter mit der nächsten Frage!

2. Falls Sie sich ein weiteres Kind wünschen:

Welchen Altersabstand sollten Ihre Kinder haben?

Sie beantworten die Frage zum Altersabstand nur, wenn Sie sich ein weiteres Kind wünschen, ansonsten überspringen Sie nur diese eine Frage und gehen zur nächsten.

Viel Spaß beim Ausfüllen des Fragebogens!

Einstellungen und Meinungen über Familie und Partnerschaft

- 1. Man kann unterschiedliche Vorstellungen darüber haben, wie Familienmitglieder miteinander umgehen sollten. Bitte geben Sie an, wie stark Sie folgenden Aussagen zustimmen.**

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme voll und ganz zu
Kinder sollten ihre Eltern zu sich nehmen, wenn diese nicht mehr selbst für sich sorgen können.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Großeltern sollten zur wirtschaftlichen Absicherung ihrer Enkel und deren Eltern beitragen.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Eltern sollten ihre erwachsenen Kinder finanziell unterstützen, wenn es notwendig ist.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Großeltern sollten Eltern bei der Betreuung ihrer Kinder helfen, wenn diese noch klein sind.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Kinder sollten ihr Arbeitsleben so gestalten, dass sie sich um ihre kranken Eltern kümmern können.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Erwachsene Kinder sollten bei Bedarf bei ihren Eltern wohnen können.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	

- 2. Wie sieht das bei Ihnen aus, wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?**

	Sehr un- zufrieden	Sehr zufrieden
Schule, Ausbildung, Beruf	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
Freizeitgestaltung, Hobbys, Interessen	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
Freunde, Bekannte, soziale Kontakte	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
Familie	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	

3. Betrachten Sie bitte einmal die unten stehenden fünf Lebensziele und Lebensbereiche. Wie wichtig sind Ihnen persönlich im Moment diese Dinge? Dazu haben Sie insgesamt 15 Punkte, die sogenannten Wichtigkeitsmarken, zur Verfügung.



Je wichtiger Ihnen ein Ziel oder Bereich zurzeit ist, desto mehr von den 15 Wichtigkeitsmarken vergeben Sie hierfür. Sollte Ihnen eine Sache derzeit vollkommen unwichtig sein, vergeben Sie keine Marken. Zur Kontrolle streichen Sie bereits übertragene Wichtigkeitsmarken bitte oben jeweils aus! Überprüfen Sie zum Schluss noch einmal, ob Sie genau 15 Marken verteilt haben!

Feld für die einzuzeichnenden Marken



Meine Ausbildung bzw. beruflichen Interessen verfolgen

Meinen Hobbys und Interessen nachgehen

Kontakte zu Freunden pflegen

In einer Partnerschaft leben

Ein Kind bzw. weitere Kinder bekommen

◀ Insgesamt 15 Marken ▶

Kommen wir nun zum Bereich Partnerschaft.

4. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Beziehung?

Sehr un- zufrieden											Sehr zufrieden
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10

5. Was denken Sie: Wie zufrieden ist Ihr Partner / Ihre Partnerin insgesamt mit Ihrer Beziehung?

Sehr un- zufrieden											Sehr zufrieden
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10

6. Haben Sie vor, in den nächsten 12 Monaten mit Ihrem Partner / Ihrer Partnerin zusammenzuziehen bzw. einen gemeinsamen Haushalt zu gründen?

Ich lebe bereits mit meinem Partner / meiner Partnerin zusammen.	<input type="checkbox"/> 0
Ja, bestimmt	<input type="checkbox"/> 1
Ja, vielleicht	<input type="checkbox"/> 2
Nein, eher nicht	<input type="checkbox"/> 3
Nein, bestimmt nicht	<input type="checkbox"/> 4
Darüber haben wir noch nicht gesprochen.	<input type="checkbox"/> 5
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>

7. Haben Sie vor, Ihren Partner / Ihre Partnerin in den nächsten 12 Monaten zu heiraten?

Ich bin bereits mit meinem Partner / meiner Partnerin verheiratet.	<input type="checkbox"/> 0
Ja, bestimmt	<input type="checkbox"/> 1
Ja, vielleicht	<input type="checkbox"/> 2
Nein, eher nicht	<input type="checkbox"/> 3
Nein, bestimmt nicht	<input type="checkbox"/> 4
Darüber haben wir noch nicht gesprochen.	<input type="checkbox"/> 5
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>

8. Haben Sie und Ihr Partner / Ihre Partnerin ernsthaft darüber gesprochen, gemeinsam Kinder zu bekommen?

Wir haben bereits gemeinsame Kinder.	<input type="checkbox"/> 0
Ja	<input type="checkbox"/> 1
Nein	<input type="checkbox"/> 2
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>

Kommen wir nun dazu, wie das Zusammenleben mit Ihrem Partner / Ihrer Partnerin aussieht.

9. Wie haben Sie und Ihr Partner / Ihre Partnerin sich die Arbeit in folgenden Bereichen zeitlich aufgeteilt?

Wenn Sie eine Haushaltshilfe, Kinderfrau oder Ähnliches haben, beziehen Sie Ihre Angaben bitte nur auf den Anteil der Arbeiten, den Sie und Ihr Partner / Ihre Partnerin erledigen.

Das übernimmt ...	(Fast) voll-ständig mein/e Partner/in	Über-wiegend mein/e Partner/in	Etwa halbe/halbe	Über-wiegend ich	(Fast) voll-ständig ich	Nur eine andere Person	Das trifft für uns nicht zu
Hausarbeit (waschen, kochen, putzen)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>
Einkaufen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>
Reparaturen am Haus, in der Wohnung, am Auto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Angelegenheiten, Behördengänge	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>
Kinderbetreuung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>

10. Wie sehen Sie Ihre Partnerschaft? Inwiefern treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft voll und ganz zu
Ich möchte, dass unsere Beziehung noch sehr lange dauert.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Bei ernsthaften Beziehungsproblemen mit meinem Partner / meiner Partnerin könnte ich mir eine Trennung durchaus vorstellen.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Wenn die Partnerschaft uns nicht mehr glücklich macht, wäre eine Trennung von meinem Partner / meiner Partnerin der einzige Ausweg.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Ich rechne mit einer langfristigen gemeinsamen Zukunft mit meinem Partner / meiner Partnerin.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	

11. Wie ist das, wenn Sie und Ihr Partner / Ihre Partnerin eine Meinungsverschiedenheit haben? Bitte geben Sie an, wie häufig jeder von Ihnen die folgenden Verhaltensweisen gezeigt hat. Bitte denken Sie an die letzten 6 Monate. Wie oft kam dieses Verhalten bei Ihrem Partner / Ihrer Partnerin und bei Ihnen vor?

Bei Ihrem Partner		Bei Ihnen
Fast nie oder nie Sehr oft		Fast nie oder nie Sehr oft
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Den Partner beleidigen oder beschimpfen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	In Schweigen verfallen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Den Partner anschreien	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Zuhören und nachfragen, um den anderen besser zu verstehen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Sich weigern, weiter darüber zu reden	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Sich bemühen, dem anderen das eigene Anliegen wirklich verständlich zu machen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

12. Wie häufig kommen folgende Dinge in Ihrer Partnerschaft vor?

	Nie	Selten	Manch- mal	Häufig	Immer
Wie oft erzählen Sie Ihrem Partner / Ihrer Partnerin, was Sie beschäftigt?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Wie oft zeigt Ihr Partner / Ihre Partnerin Ihnen Anerkennung für das, was Sie tun?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Wie oft bringt Ihr Partner / Ihre Partnerin Sie dazu, dass Sie sich nach ihm / ihr richten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Wie oft passiert es zwischen Ihnen und Ihrem Partner / Ihrer Partnerin, dass Sie ärgerlich oder wütend aufeinander sind?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Wie oft zeigt Ihnen Ihr Partner / Ihre Partnerin, dass er / sie Sie schätzt?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Wie oft sind Ihr Partner / Ihre Partnerin und Sie unterschiedlicher Meinung und streiten sich?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Wie oft setzt sich Ihr Partner / Ihre Partnerin durch, wenn Sie sich nicht einigen können?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Wie oft teilen Sie mit Ihrem Partner / Ihrer Partnerin Ihre Geheimnisse und innersten Gefühle?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

13. Wenn Sie an Ihre Partnerschaft denken: Wie sehr treffen folgende Aussagen zu?

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft voll und ganz zu			
Mein Partner / meine Partnerin findet es ganz in Ordnung, wenn ich in unserer Partnerschaft meine eigenen Interessen vertrete.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich kann viel dazu beitragen, dass wir gut in unserer Partnerschaft zurecht kommen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich kann meine Angelegenheiten unabhängig für mich selbst entscheiden, ohne dass es darüber Konflikte mit meinem Partner / meiner Partnerin gibt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich kann den Bedürfnissen meines Partners / meiner Partnerin sehr gut gerecht werden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Fortsetzung nächste Seite!



	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft voll und ganz zu
In unserer Partnerschaft kann ich ohne größere Einschränkungen machen, was ich will.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
In unserer Partnerschaft kann ich meinen eigenen Interessen nachgehen, ohne dass mein Partner / meine Partnerin sauer ist.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Was ich mir in meiner Partnerschaft vornehme, kann ich auch in die Tat umsetzen.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	

14. Haben Sie im letzten Jahr gedacht, dass Ihre Partnerschaft bzw. Ehe in Schwierigkeiten ist?

Ja	<input type="checkbox"/> 1
Nein	<input type="checkbox"/> 2

15. Haben Sie im letzten Jahr ernsthaft an eine mögliche Trennung oder Scheidung gedacht?

Ja	<input type="checkbox"/> 1
Nein	<input type="checkbox"/> 2

16. Haben Sie im letzten Jahr Ihrem Partner / Ihrer Partnerin ernsthaft eine Trennung oder Scheidung vorgeschlagen oder hat er / sie dies getan?

Ja	<input type="checkbox"/> 1
Nein	<input type="checkbox"/> 2

17. Wie viele Kinder haben Sie?

Gemeint sind alle leiblichen Kinder, egal, ob diese mit Ihnen leben oder nicht.

Aber auch alle anderen Kinder, d.h. adoptierte Kinder, Kinder eines Partners oder Pflegekinder, sofern diese mit Ihnen zusammen gelebt haben oder leben, werden hier erfasst.

Ich habe insgesamt Kind(er).



Ich habe keine Kinder. ☐

→ Weiter mit Frage 22

18. Bitte beantworten Sie für diese Kinder die nachfolgenden Fragen.

	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Wann wurden Ihre Kinder geboren?				
Geburtsmonat:	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Geburtsjahr:	<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"/>
Tragen Sie bitte das Geschlecht Ihrer Kinder ein:				
Männlich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Weiblich	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Welches Verhältnis haben Ihre Kinder zu Ihnen?				
Leibliches Kind	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Adoptivkind	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Kind des Partners / der Partnerin, Stiefkind	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Pflegekind	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Leben Ihre Kinder mit Ihnen in einem Haushalt?				
Ja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Nein	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2

19. Nun geht es um Ihre Ziele in der Erziehung. Was wollen Sie Ihrem Kind / Ihren Kindern unbedingt mitgeben, und was ist Ihnen weniger wichtig?

Wie wichtig ist es Ihnen, dass Ihr Kind / Ihre Kinder ...

	Völlig unwichtig											Absolut wichtig
... sich gesund ernähren und sich genug bewegen?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... von anderen gemocht werden, liebenswert sind?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sich in die Gruppe einfügen können?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... von anderen respektiert werden, ein hohes Ansehen 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sich durchsetzen können?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Regeln und Vorgaben akzeptieren, gehorchen können?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... selbstständig sind, Dinge selbst machen können?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sich eine eigene Meinung bilden können?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... eine hohe Bildung erhalten (Abitur und mehr)?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fleißig sind?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... verantwortungsbewusst sind?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wissen, wie man sich zu verhalten hat, sichere Umgangsformen 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Wie häufig gab es in den letzten 4 Wochen zwischen Ihnen und Ihrem Partner / Ihrer Partnerin bei der Kindererziehung folgende Probleme?

	Nie	Selten	Manch- mal	Oft	Sehr oft
Meinungsverschiedenheiten in der Pflege und Erziehung der Kinder	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Diskussionen über die Pflege und Erziehung der Kinder enden im Streit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Einer fällt dem anderen in den Rücken	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

21. Wie fühlen Sie sich in der Elternrolle? Wie sehr treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft voll und ganz zu	Weiß nicht
Ich kann den Bedürfnissen meines Kindes / meiner Kinder sehr gut gerecht werden.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/>
Was ich mir in der Pflege und Erziehung vornehme, kann ich auch in die Tat umsetzen.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/>
Ich habe es selber in der Hand, wie ich in der Pflege und Erziehung zu- rechtkomme.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich hilflos in der Pflege und Erziehung meines Kindes / meiner Kinder.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/>

22. Haben Sie oder Ihr Partner / Ihre Partnerin in den vergangenen drei Monaten verhütet?

Ja	<input type="checkbox"/> 1	
Nein	<input type="checkbox"/> 2	➔ Weiter mit Frage 24
Ich bin schwanger / meine Partnerin ist schwanger.	<input type="checkbox"/> 4	➔ Weiter mit Frage 24
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	➔ Weiter mit Frage 24
Das möchte ich nicht beantworten.	<input type="checkbox"/>	➔ Weiter mit Frage 24

23. Bitte denken Sie einmal an die letzten drei Monate: Wie konsequent haben Sie und Ihr Partner / Ihre Partnerin verhütet?

Sehr inkonsequent					Sehr konsequent	Das möchte ich nicht beantworten
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	

24. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Sexualleben?

Sehr unzufrieden										Sehr zufrieden	Das möchte ich nicht beantworten
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden geht es um Einstellungen und Pläne, was Kinder angeht.

25. Das Leben mit Kindern kann angenehme und unangenehme Seiten haben. Im Folgenden sind einige Erwartungen aufgelistet, die Sie mit Kindern verbinden können oder nicht. Geben Sie bitte an, wie stark Sie Folgendes von Kindern erwarten bzw. durch Kinder befürchten. Wie stark erwarten Sie . . .

	Überhaupt nicht	Sehr stark	Keine klare Vorstellung
dass Sie mit Kindern länger jung bleiben?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/>
dass Sie zu Ihren Kindern eine besonders enge emotionale Beziehung haben?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/>
dass durch Kinder Ihr Ansehen im persönlichen Umfeld steigt?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/>
dass erwachsene Kinder in Notfällen für Sie da sind?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/>
dass Sie von erwachsenen Kindern immer wieder neue Anregungen bekommen?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/>

Fortsetzung nächste Seite!



Und nun zu den unangenehmen Seiten. Wie stark befürchten Sie . . .

	Überhaupt nicht	Sehr stark	Keine klare Vor- stellung
dass Sie sich mit Kindern weniger leisten können?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/>
dass Kinder eine nervliche Belastung für Sie sind?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/>
dass Sie mit Kindern Ihre beruflichen Ziele nicht erreichen?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/>
dass Sie mit Kindern in der Öffentlichkeit negativ auffallen?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/>
dass Kinder Ihre persönliche Freiheit einschränken?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/>

26. Wenn Sie einmal alle Hindernisse außer acht lassen: Wie viele Kinder würden Sie im Idealfall insgesamt gerne haben?

Gemeint ist die Gesamtzahl einschließlich bisheriger Kinder.


<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kind(er)	Keine Kinder	<input type="checkbox"/> 0
			Weiß nicht	<input type="checkbox"/>

27. Wenn Sie einmal realistisch über (weitere) Kinder nachdenken: Wie viele (weitere) Kinder denken Sie, werden Sie haben?

Gemeint sind weitere Kinder außer den bisherigen und, wenn eine Schwangerschaft besteht, dem Kind, das Sie bekommen.

Kein Kind / Kein weiteres Kind	<input type="checkbox"/> 0	➔	Weiter mit Frage 28
Ein Kind / Ein weiteres Kind	<input type="checkbox"/> 1	➔	Weiter mit Frage 29
Zwei Kinder / Zwei weitere Kinder	<input type="checkbox"/> 2	➔	Weiter mit Frage 29
Drei Kinder / Drei weitere Kinder	<input type="checkbox"/> 3	➔	Weiter mit Frage 29
Vier Kinder oder mehr / Vier weitere Kinder oder mehr	<input type="checkbox"/> 4	➔	Weiter mit Frage 29
Ich bin mir nicht sicher.	<input type="checkbox"/>	➔	Weiter mit Frage 29
Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht.	<input type="checkbox"/>	➔	Weiter mit Frage 33

28. Sie haben eben angegeben, dass Sie keine (weiteren) Kinder haben möchten. Welches ist der wichtigste Grund / sind die wichtigsten Gründe dafür, dass Sie keine (weiteren) Kinder möchten? Bitte markieren Sie höchstens drei Gründe in der angegebenen Liste.

Mein Gesundheitszustand erlaubt es nicht.	<input type="checkbox"/> 1	
Ich habe so viele Kinder, wie es meiner Lebensplanung entspricht.	<input type="checkbox"/> 2	
Ich lebe allein und habe keinen festen Partner / keine feste Partnerin.	<input type="checkbox"/> 3	
Ich könnte es nicht mit meinen beruflichen Zielen vereinbaren.	<input type="checkbox"/> 4	
Ich müsste zu viele Freizeitinteressen aufgeben.	<input type="checkbox"/> 5	
Es würde mich in meiner persönlichen Freiheit zu sehr einschränken.	<input type="checkbox"/> 6	
Ich könnte mir finanziell weniger leisten.	<input type="checkbox"/> 7	
Ich mache mir Sorgen, welche Zukunft meine Kinder erwartet.	<input type="checkbox"/> 8	
Ich könnte mein Leben nicht mehr so genießen wie bisher.	<input type="checkbox"/> 9	
Ich bin zu alt / mein Partner / meine Partnerin ist zu alt.	<input type="checkbox"/> 10	
Mein Partner / meine Partnerin ist dagegen.	<input type="checkbox"/> 11	
Meine Partnerschaft funktioniert nicht so, wie ich es mir vorstelle.	<input type="checkbox"/> 12	
Ein (weiteres) Kind würde mich überfordern.	<input type="checkbox"/> 13	
Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/> 14	
<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 500px;"></div>		

**Weiter mit
Frage 33**

29. Haben Sie vor, in den nächsten zwei Jahren ein (weiteres) Kind zu bekommen?

Ja, bestimmt	<input type="checkbox"/> 1
Ja, vielleicht	<input type="checkbox"/> 2
Nein, eher nicht	<input type="checkbox"/> 3
Nein, bestimmt nicht	<input type="checkbox"/> 4
Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht.	<input type="checkbox"/>
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>

30. Wenn Sie einmal realistisch über eigene (weitere) Kinder nachdenken: In welchem Alter denken Sie, werden Sie Ihr erstes (nächstes) Kind bekommen?

Mit Jahren

Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht. ☐

31. Bis zu welchem Alter möchten Sie spätestens Ihr erstes (ein weiteres) Kind haben?

Mit Jahren

Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht. ☐

32. Haben Sie im letzten Jahr versucht, ein Kind zu zeugen oder schwanger zu werden?

Ja ☐ 1

Nein ☐ 2

Das möchte ich nicht beantworten. ☐

33. Wie einig sind Sie sich mit Ihrem Partner / Ihrer Partnerin hinsichtlich der Anzahl gemeinsamer Kinder?

Überhaupt
nicht
einig

Völlig
einig

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

Darüber haben wir noch nicht gesprochen. ☐

34. Wie einig sind Sie sich mit Ihrem Partner / Ihrer Partnerin hinsichtlich des Zeitpunktes der Geburt Ihres ersten (nächsten) gemeinsamen Kindes?

Überhaupt
nicht
einig

Völlig
einig

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

Wir wollen keine (weiteren) gemeinsamen Kinder. ☐ 8

Darüber haben wir noch nicht gesprochen. ☐

35. Im Folgenden finden Sie einige Aussagen dazu, wie man eine Entscheidung für oder gegen eine Elternschaft trifft. Inwieweit stimmen Sie persönlich diesen Aussagen zu?

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme voll und ganz zu
Ein Kind zu bekommen, gehört für mich einfach zum Leben dazu.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Letztlich sind die persönlichen Vor- und Nachteile für meine Entscheidung über ein (weiteres) Kind ausschlaggebend.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Ob ich Kinder haben will oder nicht, entscheide ich hauptsächlich anhand meiner Gefühle.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Die Entscheidung für oder gegen ein (weiteres) Kind überlasse ich meinem Partner / meiner Partnerin.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Ich schiebe die Entscheidung für oder gegen ein (weiteres) Kind vor mir her.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Für mich ist "Kinder bekommen" etwas, was sich weitgehend nicht planen lässt.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	

36. Außer Ihrem Partner und Ihnen können auch andere Personen eine Meinung dazu haben, ob Sie ein (weiteres) Kind bekommen sollten. Bitte geben Sie an, wie stark folgende Aussagen zutreffen.

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft voll und ganz zu	Weiß nicht
Die meisten meiner Freunde finden, dass ich ein (weiteres) Kind bekommen sollte.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/>
Meine Eltern finden, dass ich ein (weiteres) Kind bekommen sollte.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/>
Die meisten meiner Freunde finden, dass ich mich vor allem um meine beruflichen Ziele kümmern sollte.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/>
Meine Eltern finden, dass ich mich vor allem um meine beruflichen Ziele kümmern sollte.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/>

37. In welchem Ausmaß würde Sie Ihr persönliches Umfeld finanziell, zeitlich und gefühlsmäßig unterstützen, wenn Sie ein (weiteres) Kind bekommen?

	Überhaupt nicht				Sehr stark	Weiß nicht
Finanziell	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Zeitlich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Gefühlsmäßig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

38. Um ein (weiteres) Kind haben zu können kann es notwendig sein, auf einige Dinge zu verzichten: Wie stark wären Sie im Moment bereit, sich bei den folgenden Dingen einzuschränken?

	Überhaupt nicht				Sehr stark	Keine klare Vor- stellung
Schule, Ausbildung, Beruf	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Freizeitgestaltung, Hobbys, Interessen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Freunde, Bekannte, soziale Kontakte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Partnerschaft	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

39. Wenn Sie Kinder haben:

Wie ist das bei Ihnen? Wie wirkt sich Ihre Elternschaft im Moment auf die anderen Dinge aus?

Wenn Sie keine Kinder haben:

Angenommen, Sie würden jetzt ein Kind bekommen: Wie würde sich das auf die anderen Dinge im Moment auswirken?

	Sehr hinderlich				Sehr förderlich	Keine klare Vor- stellung
Schule, Ausbildung, Beruf	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Freizeitgestaltung, Hobbys, Interessen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Freunde, Bekannte, soziale Kontakte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
Partnerschaft	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden geht es um Ihre Eltern.

40. Wann wurden Ihre Mutter bzw. Ihr Vater geboren? Notieren Sie bitte das jeweilige Geburtsjahr.

	Mutter	Vater
Geburtsjahr:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Leben Ihre Mutter bzw. Ihr Vater noch?

	Mutter	Vater
Ja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Nein	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 **Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nur für Elternteile, die noch leben. Sollten beide Elternteile verstorben sein, gehen Sie bitte zu Frage 50 auf Seite 22 !**

42. Welchen aktuellen Familienstand haben Ihre Mutter bzw. Ihr Vater?

	Mutter	Vater
Miteinander verheiratet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Miteinander verheiratet, getrennt lebend	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Mit jemand anderem verheiratet	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Mit jemand anderem verheiratet, getrennt lebend	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Ledig	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Geschieden	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
Verwitwet	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Mit wem leben Ihre Mutter bzw. Ihr Vater zusammen? Leben sie ...

Sie können mehrere Kreuze machen.

	Mutter	Vater
... gemeinsam in einem Haushalt?	<input type="checkbox"/> 1	
... mit einem anderen Partner in einem Haushalt?	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
... mit jemand anderem in einem Haushalt?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
... allein?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
... in einem Alters- oder Pflegeheim; in betreuter Wohnanlage?	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Sonstiges	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Wie oft haben Sie zu Ihrer Mutter bzw. Ihrem Vater Kontakt, wenn Sie Besuche, Briefe, Telefonate und ähnliches zusammenzählen?

Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater ein Kreuz.

	Mutter	Vater
Täglich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Mehrmals pro Woche	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Einmal pro Woche	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
1 bis 3 mal im Monat	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Mehrmals im Jahr	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Seltener	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
Nie	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
Kontakt hat nie bestanden	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8

 **Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nur für Elternteile, zu denen Sie Kontakt haben. Sollte zu beiden Elternteilen kein Kontakt bestehen, gehen Sie bitte zu Frage 50 auf Seite 22!**

45. Wie eng fühlen Sie sich mit Ihrer Mutter heute verbunden?

Überhaupt nicht eng					Sehr eng
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

46. Wie eng fühlen Sie sich mit Ihrem Vater heute verbunden?

Überhaupt nicht eng					Sehr eng
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

47. Wie lange brauchen Sie, um zu Ihrer Mutter bzw. Ihrem Vater zu kommen (an einem gewöhnlichen Tag, mit einem für Sie üblichen Verkehrsmittel)?

Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater ein Kreuz.

	Mutter	Vater
Wir wohnen in einem gemeinsamen Haushalt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Wir wohnen in einem Haus.	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Weniger als 10 Minuten	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
10 bis weniger als 30 Minuten	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
30 Minuten bis weniger als 1 Stunde	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
1 Stunde bis weniger als 3 Stunden	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
3 Stunden und mehr	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7

48. Brauchten Ihre Mutter oder Ihr Vater innerhalb der letzten 12 Monate regelmäßige Hilfe bei täglichen Verrichtungen, wie z.B. essen, aufstehen, anziehen, baden oder zur Toilette gehen?

Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater ein Kreuz.

	Mutter	Vater
Ja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Nein	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2

49. Wenn Sie angegeben haben, dass Ihre Mutter / Ihr Vater regelmäßig Hilfe brauchte: Von wem hat sie / er diese Hilfe erhalten?

Sie können mehrere Kreuze machen.

	Mutter	Vater
Von einem professionellen Pflegedienst	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Von mir	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Von ihrem / von seiner (Ehe-)Partner/in	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Von anderen Familienmitgliedern oder Versandten	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Von ihren / seinen Freunden oder Bekannten	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Von sonstigen Personen	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6

Nun interessiert uns Ihr Verhältnis zu den Eltern Ihres Partners bzw. Ihrer Partnerin. Beziehen Sie sich bei den folgenden Fragen bitte nur auf die leiblichen Elternteile Ihres Partners / Ihrer Partnerin.

50. Leben die leiblichen Eltern Ihres Partner / Ihrer Partnerin noch?

Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater des Partners ein Kreuz.

	Mutter des Partners	Vater des Partners
Ja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Nein	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 **Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nur für Elternteile, die noch leben. Sollten beide leiblichen Elternteile Ihres Partners verstorben sein, gehen Sie bitte zu Frage 58 auf Seite 25 !**

51. Wie oft haben Sie zur leiblichen Mutter bzw. zum leiblichen Vater Ihres Partners / Ihrer Partnerin Kontakt, wenn Sie Besuche, Briefe, Telefonate und ähnliches zusammenzählen?

Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater des Partners ein Kreuz.

	Mutter des Partners	Vater des Partners
Täglich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Mehrmals pro Woche	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Einmal pro Woche	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
1 bis 3 mal im Monat	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Mehrmals im Jahr	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Seltener	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
Nie	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
Noch nicht kennen gelernt	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8

 **Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nur für Elternteile, zu denen Sie Kontakt haben. Sollte zu keinem der Elternteile Ihres Partners / Ihrer Partnerin Kontakt bestehen, gehen Sie bitte zu Frage 58 auf Seite 25 !**

52. Wie eng fühlen Sie sich mit der Mutter Ihres Partners / Ihrer Partnerin heute verbunden?

Überhaupt nicht eng					Sehr eng
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

53. Wie eng fühlen Sie sich mit dem Vater Ihres Partners / Ihrer Partnerin heute verbunden?

Überhaupt nicht eng					Sehr eng
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

54. Wie lange brauchen Sie, um zur Mutter bzw. zum Vater Ihres Partners / Ihrer Partnerin zu kommen (an einem gewöhnlichen Tag, mit einem gewöhnlichen Verkehrsmittel)?

Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater des Partners ein Kreuz.

	Mutter des Partners	Vater des Partners
Wir wohnen in einem gemeinsamen Haushalt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Wir wohnen in einem Haus.	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Weniger als 10 Minuten	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
10 bis weniger als 30 Minuten	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
30 Minuten bis weniger als 1 Stunde	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
1 Stunde bis weniger als 3 Stunden	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
3 Stunden und mehr	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7



55. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten mit der Mutter bzw. dem Vater Ihres Partners / Ihrer Partnerin gemeinsame Unternehmungen gemacht, wie Ausflüge, Besuche kultureller Veranstaltungen oder Einkaufsbummel?

Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater des Partners ein Kreuz.

	Mutter des Partners	Vater des Partners
Nie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Selten	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Manchmal	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Oft	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Sehr oft	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5



56. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten der Mutter bzw. dem Vater Ihres Partners / Ihrer Partnerin folgende Dinge gegeben?

Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater des Partners in jeder Zeile ein Kreuz.

Mutter des Partners	 Gegeben an 	Vater des Partners
Nie Selten Manchmal Oft Sehr oft Trifft nicht zu		Nie Selten Manchmal Oft Sehr oft Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Ratschläge bei persönlichen Problemen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Größere Geld- u. Sachgeschenke (mehr als 100 € pro Geschenk)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Hilfe bei Einkäufen / Arbeiten im Haus(halt) oder Garten	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Über deren Kummer oder Sorgen reden	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>

57. Und wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten von der Mutter bzw. dem Vater Ihres Partners / Ihrer Partnerin folgende Dinge erhalten?

Bitte machen Sie getrennt für Mutter und Vater des Partners in jeder Zeile ein Kreuz.

Mutter des Partners	 Erhalten von 	Vater des Partners
Nie Selten Manchmal Oft Sehr oft Trifft nicht zu		Nie Selten Manchmal Oft Sehr oft Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	Ratschläge bei persönlichen Problemen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	Größere Geld- u. Sachgeschenke (mehr als 100 € pro Geschenk)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	Hilfe bei Einkäufen / Arbeiten im Haus(halt) oder Garten	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	Über meinen Kummer oder Sorgen reden	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6

Abschließend noch einige Angaben zu Ihrer Person

58. Wann sind Sie geboren?

Tag

Monat

Jahr

59. Sind Sie ...

männlich

☐ 1

weiblich

☐ 2

60. Welchen Familienstand haben Sie?

Ledig

☐ 1

Verheiratet

☐ 2

Eingetragene Lebenspartnerschaft

☐ 3

Geschieden/Entpartnert

☐ 4

Verwitwet/Partnerhinterblieben

☐ 5

61. Wie hoch war Ihr Arbeitsverdienst im letzten Monat? Gemeint ist Ihr Nettoverdienst, das heißt der Betrag nach Abzug von Steuern und Beiträgen zur Renten-, Arbeitslosen- und Krankenversicherung. Wenn Sie im letzten Monat Sonderzahlungen hatten (z.B. Urlaubsgeld oder Nachzahlungen), rechnen Sie diese bitte nicht mit. Entgelt für Überstunden rechnen Sie dagegen mit. Falls Sie selbstständig sind: Bitte schätzen Sie Ihren monatlichen Gewinn nach Steuern.

Nettoeinkommen in Euro:

Weiß nicht

☐

62. Falls Sie "Weiß nicht" geantwortet haben: Es würde uns schon helfen, wenn Sie sich zumindest grob einer der folgenden Kategorien zuordnen könnten.

Unter 250 €	<input type="checkbox"/> 1
250 bis unter 500 €	<input type="checkbox"/> 2
500 bis unter 750 €	<input type="checkbox"/> 3
750 bis unter 1.000 €	<input type="checkbox"/> 4
1.000 bis unter 1.250 €	<input type="checkbox"/> 5
1.250 bis unter 1.500 €	<input type="checkbox"/> 6
1.500 bis unter 1.750 €	<input type="checkbox"/> 7
1.750 bis unter 2.000 €	<input type="checkbox"/> 8
2.000 bis unter 2.500 €	<input type="checkbox"/> 9
2.500 bis unter 3.000 €	<input type="checkbox"/> 10
3.000 bis unter 3.500 €	<input type="checkbox"/> 11
3.500 bis unter 4.000 €	<input type="checkbox"/> 12
4.000 bis unter 4.500 €	<input type="checkbox"/> 13
4.500 € und mehr	<input type="checkbox"/> 14
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>
Keine Angabe	<input type="checkbox"/>

63. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand der letzten 4 Wochen im Allgemeinen beschreiben? War er ...?

Schlecht	<input type="checkbox"/> 1
Weniger gut	<input type="checkbox"/> 2
Zufriedenstellend	<input type="checkbox"/> 3
Gut	<input type="checkbox"/> 4
Sehr gut	<input type="checkbox"/> 5

64. Wie viele Stunden pro Nacht schlafen Sie im Durchschnitt unter der Woche?

<input type="text"/> <input type="text"/> Stunden	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------

65. Nun geht es darum, wie Sie sich selbst sehen. Inwiefern treffen die folgenden Eigenschaften auf Sie zu?

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft voll und ganz zu	Weiß nicht
Manchmal denke ich, dass ich wertlos bin.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
Ich mag mich so, wie ich bin.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
Alles in allem bin ich mit mir selbst zufrieden.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	

66. Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich im Allgemeinen fühlen.

	fast nie	manch- mal	oft	fast immer	Weiß nicht
Meine Stimmung ist schwermütig.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Ich bin glücklich.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Ich bin deprimiert.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Ich bin traurig.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Ich bin verzweifelt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Ich bin in gedrückter Stimmung.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich gut.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich sicher.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Ich bin ruhig und gelassen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Das Leben macht mir Spaß.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>

67. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie persönlich zu?

Ich ...	Sehr unzu- treffend	Eher unzu- treffend	Weder noch	Eher zu- treffend	Sehr zu- treffend	Weiß nicht
... bin eher zurückhaltend, reserviert.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
... neige dazu, andere zu kritisieren.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
... erledige Aufgaben gründlich.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
... werde leicht deprimiert, niederge- schlagen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
... bin vielseitig interessiert.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
... bin begeisterungsfähig und kann andere leicht mitreißen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
... schenke anderen leicht Vertrauen, glaube an das Gute im Menschen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
... bin bequem und neige zur Faulheit.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung nächste Seite!



Ich ...	Sehr unzu- treffend	Eher unzu- treffend	Weder noch	Eher zu- treffend	Sehr zu- treffend	Weiß nicht
... bin entspannt, lasse mich durch Stress nicht aus der Ruhe bringen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
... bin tiefsinnig, denke gerne über Sachen nach.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
... bin eher der stille "Typ", wortkarg.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
... kann mich kalt und distanziert verhalten.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
... bin tüchtig und arbeite flott.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
... mache mir viele Sorgen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
... habe eine aktive Vorstellungskraft, bin phantasievoll.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
... gehe aus mir heraus, bin gesellig.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
... kann mich schroff und abweisend anderen gegenüber verhalten.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
... mache Pläne und führe sie auch durch.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
... werde leicht nervös und unsicher.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
... schätze künstlerische und ästhetische Eindrücke.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
... habe nur wenig künstlerisches Interesse.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

68. Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig - alles in allem - mit Ihrem Leben?

Sehr unzu- frieden											Sehr zu- frieden
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!