

1



Basis-Fragebogen für Eltern aller Schülerinnen und Schüler

Liebe Eltern¹,

in der Schule Ihres Kindes arbeitet seit kurzem eine Schulgesundheitsfachkraft. In vielen anderen Ländern gibt es bereits Pflegekräfte, die sich an Schulen rund um das Thema Gesundheit bemühen. An Deutschlands allgemeinbildenden Schulen ist das neu. Wir führen deshalb eine Fragebogen-Erhebung durch, um die Rahmenbedingungen an Ihrer und allen weiteren teilnehmenden Schulen zu evaluieren. Die Gelingens-Faktoren sollen anschließend identifiziert werden.

Deshalb ist uns **Ihre Perspektive** wichtig: Wo sehen Sie an Ihrer Schule Tätigkeitsfelder der Schulgesundheitsfachkraft und wie kann bzw. soll sie Eltern in Gesundheitsfragen der Kinder und Jugendlichen unterstützen?

Wir bitten Sie, den Fragebogen auszufüllen. Dies wird circa 30 Minuten dauern. Bitte fügen Sie anschließend den Fragebogen in den beigelegten Umschlag und kleben ihn zu. Die **unterschiedene Einwilligungserklärung (bitte NICHT in den Umschlag!)** und den **zugeklebten Umschlag mit dem Fragebogen geben Sie bitte Ihrem Kind bis spätestens 27.04.2017 wieder mit in die Schule**. Die Teilnahme ist freiwillig.

Wir danken Ihnen im Voraus für Ihre Mithilfe bei der Erhebung!

Ihr SPLASH-Team

Bei Fragen stehen wir gerne zur Verfügung unter:

Adresse: Charité – Universitätsmedizin
Berlin
Institut für Gesundheits- und
Pflegerwissenschaften
SPLASH
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
Telefon: 030-450 529 124 oder
030-450 529 149
E-Mail: splash@charite.de

Datenschutz

Wir achten auf die Einhaltung des Datenschutzes und garantieren, dass Ihnen **keine Nachteile** durch die Teilnahme oder Nicht-Teilnahme entstehen.

Alle Antworten sind **anonym** und werden vertraulich behandelt. Schreiben Sie daher bitte **keine Namen** auf den Fragebogen.

Es findet **keine Darstellung von individuellen Daten** statt, stattdessen werden die Daten aller Teilnehmenden zu Gruppen zusammengefasst. Ihre individuellen Daten können von niemandem identifiziert werden.

¹ Gemeint sind alle sorgeberechtigten Personen.

Hier steht die ID Ihres Kindes. Falls nicht, erfragen Sie diese bitte bei der/dem Klassenlehrer/-in.



ID

Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen folgende Hinweise:

- (1) Kreuzen Sie nur das an, was auf Sie zutrifft.
- (2) Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und lassen Sie keine Frage aus.

- (4) Wenn Sie eine Ihrer Antworten korrigieren müssen, malen Sie bitte das fälschlich angekreuzte Kästchen mit Ihrem Stift aus und kreuzen Sie das passende Kästchen an.

Schuljahr Projekte oder Fortbildungen zu gesundheitli

nein es gab keine Angebote



- (3) Wir bitten Sie, in großen Druckbuchstaben zu schreiben.

- (5) Bitte versuchen Sie, Zahlen in die hellgrau-umrandeten Kästchen zu schreiben und nicht über den Rand hinaus.

in einem anderen Land, welchem:
Russland



t sind Sie? 5 3 Jahre



in einem anderen Land, welchem:
RUSSLAND



t sind Sie? 5 3 Jahre



Angaben zu Ihrer Person

1 Wer beantwortet diesen Fragebogen?

Mutter Vater andere erziehungsberechtigte Person, und zwar

2 Wie alt sind Sie?

Jahre

3 Wie viele Kinder haben Sie und wann sind diese geboren?

1. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Jahr
2. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Jahr
3. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Jahr
4. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Jahr
5. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Jahr

→ Wenn eines oder mehrere Ihrer Kinder jünger als 11 Jahre sind und an diese Schule gehen, füllen Sie bitte für jedes Kind einzeln den „**Fragebogen für Eltern mit Kindern unter 11 Jahren**“ aus. Vielen Dank!

4 Gehen mehrere Ihrer Kinder an diese Schule? Wir benötigen Ihre Angaben aus diesem Fragebogen nur einmal. Bitte tragen Sie die ID-Nummern Ihrer anderen Kinder in die nebenstehenden Felder ein.

1. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ID-Nummer
2. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ID-Nummer
3. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ID-Nummer
4. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ID-Nummer

Angaben zu Ihrem Kind

5 Welche Muttersprache spricht Ihr Kind?

Deutsch

eine andere. Welche?

Mein Kind wächst zweisprachig auf.

Chronische Erkrankungen, Behinderungen und Sonderpädagogischer Förderbedarf

Liebe Eltern,

falls Sie eine der folgenden Fragen mit „ja“ beantworten, füllen Sie bitte zusätzlich den **Fragebogen für Eltern von Kindern mit chronischer Erkrankung, Behinderung oder Sonderpädagogischem Förderbedarf** aus.

Sie erhalten diesen im Sekretariat in der Schule Ihres Kindes oder bei der Schulgesundheitsfachkraft. Zusätzlich steht Ihnen der Fragebogen zum Download zur Verfügung unter:

https://igpw.charite.de/forschung/laufende_projekte/splash

Drucken Sie diesen bitte aus und stecken Sie ihn ausgefüllt in den hier beigelegten Briefumschlag. Vielen Dank!

6 Liegt bei Ihrem Kind ein vom staatlichen Schulamt bestätigter Förderbedarf vor? (Mehrfachnennungen sind möglich.)

- Nein.
- Nein, aber es wurde ein Antrag zur Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs gestellt, über den noch nicht entschieden ist.
- Ja, mein Kind hat den sonderpädagogischen Förderschwerpunkt:
- Lernen
 - emotionale und soziale Entwicklung
 - Sprache
 - geistige Entwicklung
 - körperliche und motorische Entwicklung
 - Sehen
 - Hören
 - autistisches Verhalten
-

7 Hat Ihr Kind eine Lese- und Rechtschreibstörung? nein ja
 nein, aber es läuft ein Verfahren zur Überprüfung

8 Hat Ihr Kind eine Rechenschwäche? nein ja
 nein, aber es läuft ein Verfahren zur Überprüfung

9 Hat Ihr Kind eine chronische Erkrankung oder Behinderung? nein ja, welche?

10 Hat Ihnen der Arzt schon einmal gesagt, dass Ihr Kind unter folgender Krankheit leidet?

Allergie: Pollen-, Hausstaub-, Tierhaar- oder Latexallergie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Nahrungsmittelallergie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Medikamentenallergie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Herzerkrankung und/oder angeborener Herzfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Chronisch entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn/Colitis ulcerosa)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Stoffwechselerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Heuschnupfen (allergische, nicht eitrige Bindehautentzündung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Neurodermitis (juckendes Ekzem)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Psoriasis (Schuppenflechte, nicht Kopfschuppen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Epilepsie, Krampfanfall, epileptischer Anfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
ADHS, ADS oder HKS	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Schilddrüsenkrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Anämie (Blutarmut)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Skoliose (Wirbelsäulenverkrümmung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Migräne	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Mukoviszidose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Krebs	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
psychische Erkrankung (Zwangsstörung, Essstörung, Depression)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Erhöhte Blutfettwerte (Cholesterinwerte)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
spastische / chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
andere chronische Erkrankung oder Gesundheitsstörung (gemeint sind nur länger andauernde oder wiederkehrende Erkrankungen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht

Schulgesundheitsfachkraft

11 Welche auf die Schülerinnen und Schüler bezogenen Aufgaben sollte die Schulgesundheitsfachkraft Ihrer Meinung nach haben? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Ansprechperson bei körperlichen und psychischen Beschwerden
- Erste Hilfe
- Vertrauensperson
- Zusammenarbeit mit dem örtlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
- Anwenden von Hausmitteln wie Tee, Wärmeflaschen etc.
- Ausgeben von Hygieneartikeln (z.B. Tampons, Taschentücher usw.)
- Beratung bei Gewichtsproblemen
- Beratung bei Sucht
- Beratung bei der Einnahme von Medikamenten
- Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderung
- Fortbildungen zu Gesundheitsthemen
- Beratung dazu, wie man gesund bleiben kann
- andere, und zwar

12 Haben Sie selbst ein Projekt oder eine Veranstaltung zu gesundheitlichen Themen an der Schule besucht?

- ja nein es gab keine Angebote
-

13 Fühlen Sie sich ausreichend darüber informiert ...

... welche Aufgaben die Schulgesundheitsfachkraft an der Schule Ihres Kindes wahrnimmt?

ja eher ja eher nein nein

... welche Befugnisse die Schulgesundheitsfachkraft in Bezug auf die Gesundheit Ihres Kindes hat?

ja eher ja eher nein nein

... wie Sie die Schulgesundheitsfachkraft erreichen können?

ja eher ja eher nein nein

... wann Sie die Schulgesundheitsfachkraft erreichen können?

ja eher ja eher nein nein

... in welchen Räumlichkeiten Sie die Schulgesundheitsfachkraft finden können?

ja eher ja eher nein nein

... wie die Gesundheit Ihres Kindes von diesem Angebot profitieren kann?

ja eher ja eher nein nein

... welche Vorteile dieses Angebot für Sie selbst haben kann?

ja eher ja eher nein nein

Informationen zu Gesundheitsfragen

14 Wohin wenden Sie sich am ehesten, wenn Sie Informationen darüber suchen, wie Ihr Kind fit und gesund bleiben kann (z.B. Sport, Ernährung, Verhütung, usw.)? Sie können bis zu drei Angaben machen.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bücher, Broschüren oder Zeitschriften | <input type="checkbox"/> Beratungsstelle |
| <input type="checkbox"/> Oma des Kindes | <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt |
| <input type="checkbox"/> anderes Familienmitglied | <input type="checkbox"/> Schulgesundheitsfachkraft |
| <input type="checkbox"/> Apotheke | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Freunde und Bekannte | <input type="checkbox"/> andere/r Fachärztin/-arzt |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendärztin/-arzt | <input type="checkbox"/> Hausärztin/-arzt |
| <input type="checkbox"/> an niemanden | <input type="checkbox"/> an jemand anderen, und zwar |
-

15 Wählen Sie im Folgenden bitte die Antworten aus, die am besten auf Sie zutreffen.

Wie einfach/schwierig ist es, Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?

- sehr einfach ziemlich einfach ziemlich schwierig sehr schwierig

Wie einfach/schwierig ist es, herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?

- sehr einfach ziemlich einfach ziemlich schwierig sehr schwierig

Wie einfach/schwierig ist es, zu verstehen, was der Arzt Ihnen sagt?

- sehr einfach ziemlich einfach ziemlich schwierig sehr schwierig

Wie einfach/schwierig ist es, die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?

- sehr einfach ziemlich einfach ziemlich schwierig sehr schwierig

Wie einfach/schwierig ist es, zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?

- sehr einfach ziemlich einfach ziemlich schwierig sehr schwierig

Wie einfach/schwierig ist es, mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?

- sehr einfach ziemlich einfach ziemlich schwierig sehr schwierig

Wie einfach/schwierig ist es, den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?

- sehr einfach ziemlich einfach ziemlich schwierig sehr schwierig

Wie einfach/schwierig ist es, Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?

sehr einfach ziemlich einfach ziemlich schwierig sehr schwierig

Wie einfach/schwierig ist es, Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?

sehr einfach ziemlich einfach ziemlich schwierig sehr schwierig

Wie einfach/schwierig ist es, zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?

sehr einfach ziemlich einfach ziemlich schwierig sehr schwierig

Wie einfach/schwierig ist es, zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?

sehr einfach ziemlich einfach ziemlich schwierig sehr schwierig

Wie einfach/schwierig ist es, aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?

sehr einfach ziemlich einfach ziemlich schwierig sehr schwierig

Wie einfach/schwierig ist es, Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind?

sehr einfach ziemlich einfach ziemlich schwierig sehr schwierig

Wie einfach/schwierig ist es, Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?

sehr einfach ziemlich einfach ziemlich schwierig sehr schwierig

Wie einfach/schwierig ist es, Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen?

sehr einfach ziemlich einfach ziemlich schwierig sehr schwierig

Wie einfach/schwierig ist es, zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?

sehr einfach ziemlich einfach ziemlich schwierig sehr schwierig

Weitere Angaben zu Ihrer Person

16 Sind Sie alleinerziehend? ja nein

17 Seit wann leben Sie hauptsächlich in Deutschland? (Bitte für beide Elternteile angeben!)

Mutter seit meiner Geburt seit (Jahreszahl)

Vater seit meiner Geburt seit (Jahreszahl)

18 Welchen Schulabschluss haben Sie?

(Nennen Sie bitte nur den höchsten Abschluss. Bitte für beide Elternteile angeben!)

	Mutter	Vater
Hauptschulabschluss/Volksschulabschluss (8. – 10. Klasse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realschulabschluss (Mittlere Reife, 10. Klasse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abschluss Polytechnische Oberschule (POS, 10. Klasse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abitur (Gymnasium bzw. EOS; 12. oder 13. Klasse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderer Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schule beendet ohne Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(noch) keinen Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19 Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung? Wenn ja, welche? (Nennen Sie bitte nur den höchsten Abschluss. Bitte für beide Elternteile angeben!)

	Mutter	Vater
Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsschule, Handelsschule (beruflich-schulische Ausbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachschule (z.B. Meister-Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschule, Ingenieurschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universität, Hochschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderer Ausbildungsabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kein beruflicher Abschluss (und auch nicht in der Ausbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
noch in der beruflichen Ausbildung (Auszubildender, Student)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20 In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit hauptsächlich beschäftigt? Wenn Sie nicht mehr berufstätig sind, nennen Sie bitte die berufliche Stellung, die Sie zuletzt innehatten. (Bitte für beide Elternteile angeben!)

	Mutter	Vater
ARBEITER		
ungelernter Arbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
angelernter Arbeiter (Teilqualifizierung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gelernter Arbeiter und Facharbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorarbeiter, Kolonnenführer, Meister, Polier, Brigadier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SELBSTÄNDIGER (einschließlich mithelfender Familienangehöriger)		
Selbständiger Landwirt/Genossenschaftsbauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbständiger Akademiker, freier Beruf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiger Selbständiger mit bis zu 9 Mitarbeitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiger Selbständiger mit 10 und mehr Mitarbeitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mithelfender Familienangehöriger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANGESTELLTER		
Industrie- und Werkmeister im Angestelltenverhältnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angestellter mit einfacher Tätigkeit (z.B. Verkäufer, Kontorist, Stenotypist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angestellter mit qualifizierter Tätigkeit (z.B. Sachbearbeiter, Buchhalter, tech. Zeichner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angestellter mit hochqualifizierter Tätigkeit (z.B. wissenschaftlicher Mitarbeiter, Prokurist, Abteilungsleiter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angestellter mit umfassenden Führungsaufgaben (z.B. Direktor, Geschäftsführer, Vorstand)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BEAMTER		
Einfacher Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittlerer Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehobener Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Höherer Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SONSTIGE		
(z.B. Auszubildender, Schüler, Student, Wehrpflichtiger, Zivildienstleistender, Praktikant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausfrau / Hausmann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21 Haben Sie jemals eine Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf durchlaufen und/oder im Gesundheitswesen gearbeitet?

ja nein

22 Wie viele Stunden in der Woche gehen Sie zurzeit einer Erwerbstätigkeit nach? (Bitte für beide Eltern angeben!)

Mutter Stunden

Vater Stunden

23 Wie viele Stunden bzw. Tage haben Sie insgesamt in den letzten sechs Monaten wegen einer Erkrankung Ihres Kindes bei der Arbeit gefehlt?

Mutter Stunden Tage

Vater Stunden Tage

24 Wie viele Stunden bzw. Tage haben Sie insgesamt in den letzten sechs Monaten wegen eines Unfalls Ihres Kindes bei der Arbeit gefehlt?

Mutter Stunden Tage

Vater Stunden Tage

25 Wie hoch ist das durchschnittliche monatliche Haushaltseinkommen, d.h. das Nettoeinkommen, das alle Haushaltsmitglieder zusammen nach Abzug von Steuern und Sozialabgaben haben? (Einschließlich Erziehungsgeld und Kindergeld)

- unter 1.000 €
- 1.000 € bis unter 1.500 €
- 1.500 € bis unter 2.000 €
- 2.000 € bis unter 2.500 €
- 2.500 € bis unter 3.000 €
- 3.000 € bis unter 3.500 €
- 3.500 € bis unter 4.000 €
- 4.000 € bis unter 5.000 €
- über 5.000 €

26 Wie viele Personen leben insgesamt in der Wohnung, in der Ihr Kind hauptsächlich lebt?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Personen

Gesundheit und Lebenszufriedenheit

27 Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

- sehr gut gut mittelmäßig schlecht sehr schlecht

28 Wie zufrieden sind Sie im Moment mit Ihrem Leben?

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| sehr zufrieden | zufrieden | mäßig zufrieden | unzufrieden | sehr unzufrieden | kann ich nicht sagen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Herzlichen Dank für die Beantwortung des Fragebogens!

Wir wären Ihnen sehr dankbar für ein abschließendes Feedback zu dieser Umfrage.

29 Die Befragung ...

- war viel zu lang
- war etwas zu lang
- war genau richtig
- hätte noch ausführlicher sein können

30 Haben Sie irgendwelche weiteren Anmerkungen, Kommentare oder Rückmeldungen für uns?

Damit sind wir am Ende der Umfrage. Herzlichen Dank für Ihre Beteiligung!