

# FB + E

## Forschung Beratung + Evaluation

### Fragebogen zur Teilnahme an Angeboten der Gesundheitsförderung Erstbefragung

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

unser Forschungsinstitut wurde beauftragt, eine „Bewertung“ der Angebote zur Gesundheitsförderung vorzunehmen, an denen Sie teilnehmen. Eine wichtige Grundlage dieser Bewertung stellt der vorliegende Fragebogen zur Erstbefragung dar. Bei Projektende wird ein zweiter Fragebogen eingesetzt, der allerdings deutlich kürzer ist. Wir möchten Sie heute bitten, diesen Fragebogen auszufüllen. Dies ist ganz einfach. Kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort(en) an, die für Sie derzeit zutreffen. Lassen Sie keine Frage aus, es sei denn, ein Pfeil verweist Sie darauf, eine oder mehrere Fragen zu überspringen.

Unser Institut arbeitet auf der Grundlage der Bestimmungen des Datenschutzes in Deutschland. Wir garantieren Ihnen:

- dass Ihre Angaben niemals individuell z.B. in Verknüpfung mit Ihrem Namen, sondern nur in Gruppen ausgewertet werden; deshalb enthält der Fragebogen weder Ihren Namen noch Ihre Anschrift;
- dass unsere Mitarbeiter, die Ihren Fragebogen bearbeiten, d.h. z.B. in den Computer einlesen, alle auf das Bundesdatenschutzgesetz verpflichtet sind.

Ihre Angaben dienen ausschließlich Forschungszwecken. Weder die Träger der Angebote noch die Kursleiter oder andere Einrichtungen oder Personen werden Kenntnis von Ihren persönlichen Angaben erhalten. Dies ist nur wenigen Mitarbeitern unseres Instituts gestattet, die allerdings Ihren Namen und Ihre Anschrift nicht kennen. Denken Sie an diese Garantien, gerade weil auch persönliche Fragen zu beantworten sind.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Durch das Ausfüllen des Fragebogens helfen Sie aber persönlich mit, die bestehenden Angebote noch weiter zu verbessern. Durch Ihre Mitarbeit tragen Sie dazu bei, diese Angebote der Gesundheitsförderung noch gezielter weiterzuentwickeln und auszubauen. In der zweiten Befragung können Sie die Kurse im Einzelnen bewerten.

Das Ausfüllen des Fragebogens dauert ca. 20 bis 30 Minuten. Stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beiliegenden Rückumschlag und verschließen Sie diesen.

Wir bedanken uns schon vorab recht herzlich für Ihre Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Renate Kirschner  
Geschäftsführerin FB+E

Da Sie auf dem Fragebogen Ihren Namen nicht eintragen sollen, wir jedoch die Angaben aus der Erstbefragung mit den Angaben der Zweitbefragung zusammen auswerten müssen, möchten wir Sie zuerst bitten, aus Ihrem Vornamen und Nachnamen einen Code zu erstellen. Dieser Code hat vier Stellen:

- An 1. Stelle steht: Der erste Buchstabe Ihres ersten Vornamens
- An 2. Stelle steht: Die Gesamtzahl der Buchstaben Ihres ersten Vornamens
- An 3. Stelle steht: Der erste Buchstabe Ihres ersten Nachnamens
- An 4. Stelle steht: Die Gesamtzahl der Buchstaben Ihres ersten Nachnamens

**Beispiel:**  
Kai Uwe Müller-Wipperfürth

1	2	3	4
<input type="text" value="k"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="m"/>	<input type="text" value="6"/>

1	2	3	4
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Geben Sie hier bitte nach dem vorstehenden Beispiel Ihren Code an:**

### Ausbildung, Beschäftigung

**1. Welchen Schulabschluss haben Sie?**

 Falls Sie mehrere Abschlüsse haben, geben Sie bitte den **höchsten** an!

- 8. Klasse Abschluss .....
- 10. Klasse Abschluss .....
- Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule) .....
- Abitur / 12. Klasse Anschluss (Hochschulreife) .....
- Anderen Schulabschluss .....
- Habe (noch) **keinen** Schulabschluss .....

**2. Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung oder Hochschulausbildung?**

**Wenn ja: welche?**

 Falls Sie mehrere Ausbildungen abgeschlossen haben, geben Sie bitte die **letzte** an!

- Lehre .....
- Fachschule .....
- Beamtenausbildung .....
- Fachhochschule, Ingenieurschule .....
- Universität, Hochschule .....
- Sonstigen Ausbildungsabschluss .....
- Nichts davon, habe (noch) **keinen** Ausbildungsabschluss .....

**3. Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre derzeitige Situation zu?**

 Sie können **mehreres** ankreuzen!

- Berufstätig .....
  - Berufstätig, aber von Arbeitslosigkeit bedroht .....
  - Empfänger von Arbeitslosengeld I .....
  - Empfänger von Arbeitslosengeld II .....
  - Teilnehmer an berufsqualifizierenden Maßnahmen .....
- } Bitte weiter mit Frage 5a
- } Bitte weiter mit Frage 4

**4.  Frage 4 nur an Empfänger von Arbeitslosengeld und Teilnehmer an berufsqualifizierenden Maßnahmen:**

**Waren Sie schon einmal berufstätig?**

Nein .....  ► Bitte weiter mit Frage 6

Ja .....  ► **Seit wann sind Sie nicht mehr berufstätig?**

Seit   Monat(en) **oder** seit   Jahr(en)

**5a Als was waren Sie zuletzt bzw. sind Sie derzeit beschäftigt?**

 Bitte in **Druckbuchstaben**!

Als:



<b>11a</b>	<b>Von kurzen Erkrankungen einmal abgesehen: Behindert Sie Ihr Gesundheitszustand bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben?</b>  Überhaupt nicht ..... <input type="checkbox"/> ► <i>Bitte weiter mit Frage 12</i>  Ein wenig ..... <input type="checkbox"/> Erheblich ..... <input type="checkbox"/>
<b>11b</b>	<b>Von kurzen Erkrankungen einmal abgesehen: Benötigen Sie aufgrund Ihres Gesundheitszustandes Pflege, Hilfe oder Unterstützung bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben?</b>  Nein, benötige keine Pflege, Hilfe oder Unterstützung ..... <input type="checkbox"/> ► <i>Bitte weiter mit Frage 12</i>  Ja, aufgrund meines Gesundheitszustandes ..... <input type="checkbox"/> Ja, aufgrund körperlicher Einschränkung/Behinderung ..... <input type="checkbox"/>
<b>11c</b>	<b>Besteht bei Ihnen eine Behinderung, die vom Versorgungsamt amtlich anerkannt ist?</b>  Nein ..... <input type="checkbox"/> Ja ..... <input type="checkbox"/> ► <b>Seit welchem Jahr ist die Behinderung anerkannt? Und wieviel Prozent beträgt der Grad der Behinderung?</b>  Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Grad der Behinderung <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
<b>12.</b>	<b>Wie stark leiden Sie derzeit unter den folgenden Beschwerden?</b> <i>☞ Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!</i> <b>Stark</b> <b>Mäßig</b> <b>Kaum</b> <b>Gar nicht</b>  Schluckbeschwerden ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Druck- oder Völlegefühl im Leib ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Mattigkeit ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Übelkeit ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Sodbrennen oder saures Aufstoßen ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Reizbarkeit ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Grübeleien ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Starkes Schwitzen ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Kreuz- oder Rückenschmerzen ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Innere Unruhe ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Unruhe in den Beinen ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Überempfindlichkeit gegen Wärme ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Überempfindlichkeit gegen Kälte ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Übermäßiges Schlafbedürfnis ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Zittern ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Nacken- oder Schulterschmerzen ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/>

<b>13.</b>	<p><b>Welche der folgenden Krankheiten oder Beschwerden hatten Sie in den letzten 12 Monaten wie häufig?</b></p> <p><i>Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!</i></p>	<p><b>Häufiger/ längere Zeit</b></p>	<p><b>Seltener/ ab und zu</b></p>	<p><b>Nie</b></p>		
<p><b>Krankheiten / Beschwerden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• des Herz-/ Kreislaufsystems ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/></li> <li>• der Gelenke, des Rückens oder der Bandscheibe (rheumatische Beschwerden) ... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/></li> <li>• des Magens, des Darms, der Niere, der Leber oder sonstiger innerer Organe ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/></li> <li>• an Hals, Nase, Ohren, Kopf ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/></li> <li>• der Atmungsorgane ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/></li> <li>• durch Allergien / Hautkrankheiten ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/></li> <li>• durch Unfälle, Verletzungen ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/></li> <li>Psychische Beschwerden bzw. Krankheiten ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/></li> <li>Sonstige Beschwerden und Krankheiten ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/></li> </ul>						
<b>14.</b>	<p><b>Wie viele unterschiedliche Medikamente haben Sie in den letzten 7 Tagen eingenommen oder angewendet?</b></p>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Medikamente	Keine ....	<input type="checkbox"/>	
<b>15.</b>	<p><b>Wieviele Personen – einschließlich Ihrer Familie – kennen Sie, auf deren Hilfe Sie sich in Notfällen auf jeden Fall verlassen können?</b></p>	<p>Keine Person ..... <input type="checkbox"/></p> <p>1 Person ..... <input type="checkbox"/></p> <p>2 bis 3 Personen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Mehr als 3 Personen .. <input type="checkbox"/></p>				
<b>16.</b>	<p><b>Wie stark treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu bzw. nicht zu?</b></p> <p><i>Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!</i></p>	<p><b>Trifft nicht zu</b></p>	<p><b>Trifft kaum zu</b></p>	<p><b>Trifft eher zu</b></p>	<p><b>Trifft genau zu</b></p>	
<p>Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Wenn mir jemand Widerstand leistet, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut damit zurechtkommen werde ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/></p> <p>In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Für jedes Problem habe ich eine Lösung ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich mich immer auf meine Fähigkeiten verlassen kann ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Wenn ich mit einem Problem konfrontiert werde, habe ich meist mehrere Ideen, wie ich damit fertig werde ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Wenn ich mit einer neuen Sache konfrontiert werde, weiß ich, wie ich damit umgehen kann ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/></p>						
<b>17a</b>	<p><b>Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten niedergelassene Ärzte aufgesucht?</b></p>	Ungefähr	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	mal	Keinmal ....	<input type="checkbox"/>
<b>17b</b>	<p><b>Und wie oft in den letzten 4 Wochen?</b></p>	Ungefähr	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	mal	Keinmal ....	<input type="checkbox"/>

**18. Sind Sie in den letzten 12 Monaten in ein Krankenhaus aufgenommen worden?**

Nein .....

Ja .....  ► **Wie viele Krankenhausaufenthalte waren das in den letzten 12 Monaten und wie viele Nächte haben Sie insgesamt im Krankenhaus verbracht?**

Krankenhausaufenthalte      Insgesamt  Nächte

**19. An wie vielen Tagen waren Sie in den letzten 12 Monaten so krank, dass Sie Ihrer gewöhnlichen Tätigkeit (in Beruf oder Haushalt, Qualifizierungsmaßnahme) nicht nachgehen konnten?**

Tage      An keinem Tag ...

**20. Waren Sie wegen Ihres Gesundheitszustandes schon einmal auf Kosten Ihrer Rentenversicherung / Krankenversicherung in einer Reha-Klinik oder Spezialklinik?**

Nein .....

Ja .....  ► **Insgesamt wie häufig und in welchem Jahr zuletzt?**

mal      Zuletzt im Jahre

**Ernährungsgewohnheiten und Verhaltensweisen**

**21. Welchem der folgenden Ernährungstypen würden Sie sich zuordnen?**

☞ *Bitte nur eine Nennung!*

Schnell und preiswert ...       Exklusiv und genussvoll ..       Schnell und bequem .....

Traditionell und gut .....       Gesund und fit .....       Gesund und natürlich ....

**22. Welche der im Folgenden genannten Dinge tun Sie wie häufig?**

☞ *Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!*

	Immer bzw. regel- mäßig	Sehr häufig	Häufig	Eher selten	Nie
Bewege mich viel an der frischen Luft .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreibe Sport, Gymnastik, Tanz .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mache viel Arbeit in Wohnung, Haus oder Garten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halte Diät .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernähre mich ausgewogen (Kohlenhydrate, wenig Fett, viel Vitamine, Ballaststoffe) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafe ausreichend .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verschaffe mir genügend Zeit zum Ausruhen und Entspannen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wende besondere Entspannungstechniken an .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehe fern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lese Bücher, Zeitschriften, Magazine .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschäftige mich mit Computer und Internet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehe ins Kino, Theater, etc. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehe in die Kneipe, in die Gaststätte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mache viel mit Freunden, Bekannten oder Verwandten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehe meinen Hobbys nach .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erledige unterschiedliche Arbeiten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habe manchmal Schwierigkeiten das, was ich mir vornehme, auch zu erledigen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache eigentlich nur noch sehr wenig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Situation der Arbeitslosigkeit**

**26. Welche der folgenden Aussagen treffen derzeit auf Sie eher zu bzw. eher nicht zu?**

 Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!

Trifft  
eher zu      Trifft eher  
nicht zu

- Ich finde keine (passende) Arbeit .....  .....
- Ich finde keinen Ausbildungsplatz .....  .....
- Ich habe so viele Schulden, dass es sich für mich nicht lohnt, zu arbeiten .....  .....
- Ich bin zu krank, um zu arbeiten .....  .....
- Nach so vielen Jahren Arbeitslosigkeit nimmt mich keiner mehr .....  .....
- Ich bin zu alt, um noch Arbeit zu bekommen .....  .....
- Mittlerweile habe ich mich daran gewöhnt, Arbeitslosengeldempfänger zu sein .....  .....
- Ich habe keinen Führerschein, kein Auto, es gibt keine ÖPNV-Anbindung .....  .....
- Die Arbeit, die einem angeboten wird, interessiert mich nicht .....  .....
- Ich muss mein Kind / meine Kinder oder pflegebedürftige Angehörige versorgen .....  .....
- Ich beziehe Arbeitslosengeld ohnehin nur für kurze Zeit .....  .....
- Auch wenn ich arbeiten würde, hätte ich nicht mehr Geld als jetzt .....  .....
- Wenn man einmal Arbeitslosengeld bezieht, kommt man so schnell nicht mehr heraus .....  .....
- Wenn ich könnte wie ich will, würde ich so schnell wie möglich aus dem Bezug von Arbeitslosengeld aussteigen .....  .....
- Ich werde wohl bis an mein Lebensende Empfänger von Arbeitslosengeld bleiben .....  .....

**Was trifft sonst noch auf Ihre derzeitige Situation zu?**

**27. Was meinen Sie, könnte irgendjemand oder irgendetwas dazu beitragen, dass Sie wieder in regelmäßige Beschäftigung kommen?**

Nein .....

Ja, und zwar: ....   Sie können mehreres ankreuzen!


- Meine Familie / Partner .....
- Eine Ausbildung, Fortbildung / Umschulung .....
- Wegfall / Übernahme meiner Schulden .....
- Wegfall der Unterhaltspflicht für geschiedenen Partner / Kinder .....
- Pädagogische / psychologische Beratung .....
- Beratung über meine Möglichkeiten .....
- Betreuung für mein Kind / meine Kinder (z.B. Kita-Platz) .....
- Vermittlung einer (passenden) Arbeit .....
- Betreuung für meine(n) pflegebedürftigen Angehörigen .....
- Wiederhergestellte Gesundheit .....
- Erfolgreicher Alkohol- / Drogenentzug .....
- Zum Teil ich selbst .....
- Nur ich selbst .....
- Sonstiges (bitte angeben): .....







**32. Bitte geben Sie an, inwieweit Ihre Meinung mit den folgenden Aussagen übereinstimmt.**

 Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!

	Trifft aus- gesprochen zu 1	Trifft etwas zu 2	Teils/ teils 3	Trifft kaum zu 4	Trifft überhaupt nicht zu 5
Auch in ungewissen Zeiten erwarte ich normalerweise das Beste .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir leicht, mich zu entspannen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn bei mir etwas schief laufen kann, dann tut es das auch .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Zukunft sehe ich immer optimistisch .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In meinem Freundeskreis fühle ich mich wohl .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist wichtig für mich, ständig beschäftigt zu sein .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fast nie entwickeln sich die Dinge nach meinen Vorstellungen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin nicht allzu leicht aus der Fassung zu bringen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich zähle selten darauf, dass mir etwas Gutes widerfährt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alles in allem erwarte ich, dass mir mehr gute als schlechte Dinge widerfahren .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Statistische Angaben**

**33. Bei welcher Art von Krankenversicherung sind Sie versichert oder mitversichert?**

- Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) .....
- Ersatzkrankenkasse (z.B. Barmer, DAK usw.) ....
- Innungskrankenkasse .....
- Betriebskrankenkasse .....
- Private Krankenkasse .....
- Beihilfe .....
- Sonstige Kasse .....
- Habe keine Krankenversicherung .....

**34. Ihr Geburtsdatum:**

Tag		Monat		Jahr			

**35. Ihr Geschlecht:**

Männlich .....       Weiblich .....

**36. Ihre Staatsangehörigkeit:**

Deutsch .....       Andere .....

**37. Wieviel Kilogramm wiegen Sie ohne Bekleidung?**

				kg
--	--	--	--	----

**38. Wie groß sind Sie?**

				cm
--	--	--	--	----

39.	<b>Ihr Familienstand:</b>  Ledig ..... <input type="checkbox"/> Ledig, mit festem Partner ..... <input type="checkbox"/> Verheiratet, mit Ehepartner zusammenlebend ... <input type="checkbox"/> Verheiratet, getrennt lebend ..... <input type="checkbox"/> Geschieden ..... <input type="checkbox"/> Verwitwet ..... <input type="checkbox"/>
40.	<b>Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst mitgerechnet? Zählen Sie dabei bitte auch Kinder mit.</b>  Insgesamt <input type="text"/> <input type="text"/> Personen <b>davon:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> Kinder unter 6 Jahren <input type="text"/> <input type="text"/> Kinder von 6 bis unter 15 Jahren <input type="text"/> <input type="text"/> Kinder von 15 bis unter 18 Jahren <input type="text"/> <input type="text"/> Personen von 18 Jahren und älter
41.	<b>Wie hoch etwa ist das monatliche Haushaltseinkommen, d.h. das Nettoeinkommen, das Sie (alle zusammen) nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben haben?</b>  ca. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Euro

<p><b>Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!</b> <b>Bitte prüfen Sie Ihre Angaben noch einmal auf Vollständigkeit.</b></p> <p>Datum des Ausfülltages: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>20</b> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="margin-left: 100px;">Tag            Monat            Jahr</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------