

# Magdeburger Bürgerumfrage 2009

## Fragebogen

Alternativ können Sie diesen Fragebogen auch im Internet aufrufen und dort direkt ausfüllen unter:

**<http://www.sowi-forschung.de/MGumfrage2009.html>**

Machen Sie bitte von dieser Möglichkeit Gebrauch und helfen Sie uns, die Kosten für das Rückporto zu sparen.

### ***Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens***

Bitte füllen Sie entweder nur diesen Fragebogen oder den elektronischen im Internet aus, nicht beide!

Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig aus, wobei Ihnen selbstverständlich die Teilnahme an der Befragung, wie auch die Beantwortung einzelner Fragen, völlig freigestellt bleibt. Die ausgefüllten Fragebögen werden ausschließlich im beauftragten Forschungsinstitut „SOWI-Forschung & Evaluation“ verarbeitet. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und Dritten nicht zugänglich gemacht. Das Institut „SOWI-Forschung & Evaluation“ garantiert die Einhaltung der einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Bitte lesen Sie die Fragen und Antwortmöglichkeiten sorgfältig durch und beantworten Sie die Fragen möglichst in der vorgegebenen Reihenfolge. In der Regel kreuzen Sie bitte bei den einzelnen Fragen die für Sie zutreffende Antwort einfach an . Ausnahmen davon sind zum Beispiel Fragen nach Ihrem Alter, nach der Wohndauer oder Ähnliches. In diesen Fällen tragen Sie bitte die entsprechende Zahl ein. Ist ein Feld „Sonstiges“ vorhanden, tragen Sie bitte die für Ihre Person zutreffende Antwort auf der Punktlinie in kurzen Stichworten ein.

Bei mehreren Fragen bitten wir Sie, eine Bewertung der jeweils unter der Frage aufgeführten Merkmale, Bedingungen oder Ähnliches vorzunehmen. Bitte bewerten Sie dabei möglichst alle aufgeführten Dinge. Das Schema der Bewertung ist ähnlich wie bei Schulnoten. Die „1“ steht meist für sehr gut, positiv oder Zustimmung und die „5“ entsprechend für schlecht, negativ oder Ablehnung.

Bei einigen wenigen Fragen sind keine Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Hier bitten wir Sie, die Frage durch kurze Stichworte zu beantworten.

Den kleinen Zahlen und Ziffern am Rande der Kästchen schenken Sie bitte keine Beachtung, diese erleichtern uns lediglich die Eingabe der Daten im Rahmen der elektronischen Datenverarbeitung.

## I. Wohnen

|  |  |
|--|--|
| <p><b>1. Wohnen Sie gern in Magdeburg, in Ihrem Stadtteil und in Ihrer Wohnung?</b></p> <p>(Sie können Noten von 1 = „sehr gern“ bis 5 = „sehr ungern“ vergeben)</p> | <p><b>Gern Wohnen:</b>                    sehr gern ←————→ sehr ungern</p> <p style="text-align: center;">1            2            3            4            5</p> <p>In Magdeburg..... <input type="checkbox"/><sub>1</sub>   <input type="checkbox"/><sub>2</sub>   <input type="checkbox"/><sub>3</sub>   <input type="checkbox"/><sub>4</sub>   <input type="checkbox"/><sub>5</sub></p> <p>Im Stadtteil/Wohnggebiet... <input type="checkbox"/><sub>1</sub>   <input type="checkbox"/><sub>2</sub>   <input type="checkbox"/><sub>3</sub>   <input type="checkbox"/><sub>4</sub>   <input type="checkbox"/><sub>5</sub></p> <p>In der jetzigen Wohnung .. <input type="checkbox"/><sub>1</sub>   <input type="checkbox"/><sub>2</sub>   <input type="checkbox"/><sub>3</sub>   <input type="checkbox"/><sub>4</sub>   <input type="checkbox"/><sub>5</sub></p> <p style="text-align: right;">F1_1 – F1_3</p> |
| <p><b>2. Seit wann wohnen Sie schon:</b></p> <p style="text-align: right;">F2_1 – F2_3</p>   | <p><b>Wohndauer</b></p> <p>In <b>Magdeburg?</b>                    seit (Jahr) <input style="width: 100px; height: 25px;" type="text"/></p> <p>In diesem <b>Stadtteil?</b>            seit (Jahr) <input style="width: 100px; height: 25px;" type="text"/></p> <p>In Ihrer jetzigen <b>Wohnung?</b>   seit (Jahr) <input style="width: 100px; height: 25px;" type="text"/></p>   |
| <p><b>3. Wie groß ist Ihre Wohnung?</b><br/>(Bei Wohngemeinschaften (WG) das Zimmer)</p>   | <p><b>Größe der Wohnung</b></p> <p>a) <b>Fläche</b> in Quadratmetern (insgesamt)</p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> F3FL</p> <p>b) <b>Zahl der Wohnräume</b> (ohne Küche, Flur, Bad)</p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> F3RM</p>   |
| <p><b>4. Wie hoch ist Ihre monatliche Miete?</b><br/>(bzw. sind Ihre Kosten bei Wohneigentum)<br/>(Bei WGs Ihr Anteil)</p>   | <p><b>Monatliche Wohnkosten</b></p> <p><b>Nettokaltmiete</b>                    EUR   <input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/></p> <p>oder</p> <p><b>Belastung bei Wohneigentum</b>   EUR   <input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/></p> <p><b>Heizung/ Warmwasser Betriebskosten</b>   EUR   <input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/></p> <p>Miete gesamt                    EUR   <input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/><br/>(<b>Warmmiete ohne</b> Strom/Gas)</p> <p>Kosten für <b>Strom/Gas</b> pro Monat                    EUR   <input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/></p> <p style="text-align: right;">F4_1 – F4_5</p>  |
| <p><b>5. In was für einem Haus wohnen Sie? (alt oder neu, saniert oder unsaniert)</b></p>  | <p><b>Haustyp</b></p> <p>Ein-/Zweifamilienhaus od. Reihenhauses..... <input type="checkbox"/><sub>1</sub></p> <p>Mehrfamilienhaus:    Unsaniertes Altbau (vor 1990) <input type="checkbox"/><sub>2</sub></p> <p>                                  Saniertes Altbau (vor 1990) .... <input type="checkbox"/><sub>3</sub></p> <p>                                  Unsaniertes Plattenbau..... <input type="checkbox"/><sub>4</sub></p> <p>                                  Saniertes Plattenbau..... <input type="checkbox"/><sub>5</sub></p>  |

|  |   |   |
|--|---|---|
|  |   | Neubau nach 1990 ..... <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> F5 |
| <p><b>6.</b> Erhalten Sie Wohngeld vom Sozial- und Wohnungsamt?<br/>(gemeint ist <u>nicht</u> der Mietzuschuss von der ARGE)</p>   | <p><b>Wohngeld vom Sozial- und Wohnungsamt</b></p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/><sub>1</sub>    Nein ..... <input type="checkbox"/><sub>2</sub></p> <p>Nein, ich habe aber einen Antrag gestellt ..... <input type="checkbox"/><sub>3</sub></p> <p><b>Wenn ja</b>, in welcher Höhe erhalten Sie Wohngeld? in EUR <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/></p> <p><small>F6/F6W</small></p>   |   |
| <p><b>7.</b> Wollen (oder müssen) Sie in nächster Zeit umziehen oder werden Sie langfristig in Ihrer jetzigen Wohnung bleiben?</p> | <p><b>Umzugsabsichten</b> <span style="float: right;"><small>F7</small></span></p> <p>Langfristig hier wohnen bleiben..... <input type="checkbox"/><sub>1</sub> weiter  <b>Frage 9</b></p> <p>Umzug demnächst ..... <input type="checkbox"/><sub>2</sub> <b>Frage 8</b></p> <p>Umzug in den nächsten zwei Jahren.. <input type="checkbox"/><sub>3</sub> <b>Frage 8</b></p> <p>Umzug vielleicht, weiß noch nicht ..... <input type="checkbox"/><sub>4</sub> <b>Frage 8</b></p>   |   |
| <p><b>8.</b> Wenn Sie an einen Umzug denken, was sind die <u>wichtigsten Gründe</u> dafür?</p> <p>Mehrfachnennungen möglich</p>    | <p><b>Gründe für einen geplanten/evtl. Umzug:</b></p> <p>Ich/Wir möchte(n) eine bessere (größere/kleinere) Wohnung mit mehr Komfort / besserer Ausstattung <input type="checkbox"/><sub>1</sub></p> <p>Die finanzielle Belastung ist zu hoch, bzw. die ARGE übernimmt nicht die volle Miete (Whg. ist zu groß, ARGE zahlt nur Durchschnittsmiete) ..... <input type="checkbox"/><sub>2</sub></p> <p>Berufliche Gründe (z.B. neuer Arbeitsplatz)..... <input type="checkbox"/><sub>3</sub></p> <p>Private Gründe (Verkleinerung/Vergrößerung des Haushalts, andere private Gründe) ..... <input type="checkbox"/><sub>4</sub></p> <p>Der Ruf des Wohngebietes ist zu schlecht / Umfeld sagt mir/uns insgesamt nicht zu..... <input type="checkbox"/><sub>5</sub></p> <p>Straßenlärm/Abgase ..... <input type="checkbox"/><sub>6</sub></p> <p>Besondere Ansprüche kommen zu kurz und zwar:</p> <p style="padding-left: 20px;">an altengerechtem Wohnen ..... <input type="checkbox"/><sub>7</sub></p> <p style="padding-left: 20px;">an kindgerechtem Wohnen ..... <input type="checkbox"/><sub>8</sub></p> <p style="padding-left: 20px;">an behindertengerechtem Wohnen ..... <input type="checkbox"/><sub>9</sub></p> <p style="text-align: right;"><small>F8_1 – F8_9</small></p> <p>Sonstiges ..... <input type="checkbox"/> <span style="float: right;"><small>F8T</small></span></p> |   |
| <p><b>9.</b> In welchem <b>Stadtteil</b> wohnen Sie gegenwärtig?</p>   |   | <small>F9</small>   |

- Altstadt ..... <sub>1</sub> Werder ..... <sub>2</sub> Alte Neustadt .... <sub>3</sub> Neue Neustadt . <sub>4</sub>  
 Neustädter See.. <sub>5</sub> Kannenstieg ... <sub>6</sub> Neustädter Feld <sub>7</sub> Nordwest ..... <sub>8</sub>  
 Alt Olvenstedt ... <sub>9</sub> Neu Olvenstedt <sub>10</sub> Stadtfeld Ost ..... <sub>11</sub> Stadtfeld West ..... <sub>12</sub>  
 Diesdorf ..... <sub>13</sub> Sudenburg ..... <sub>14</sub> Ottersleben ..... <sub>15</sub> Lemsdorf ..... <sub>16</sub>  
 Leipziger Straße <sub>17</sub> Reform ..... <sub>18</sub> Hopfengarten .... <sub>19</sub> Buckau ..... <sub>20</sub>  
 Fermersleben .. <sub>21</sub> Salbke ..... <sub>22</sub> Westerhüsen .... <sub>23</sub> Brückfeld ..... <sub>24</sub>  
 Berliner Chauss. <sub>25</sub> Cracau ..... <sub>26</sub> Prester ..... <sub>27</sub> Herrenkrug ..... <sub>28</sub>  
 Rothensee ..... <sub>29</sub> Pechau ..... <sub>30</sub> Randau-Calenb. <sub>31</sub> Beyendorf-Sohlen <sub>32</sub>

**10. Welche der folgenden Einrichtungen in gut erreichbarer Nähe Ihrer Wohnung nutzen Sie bereits, welche werden Sie in Zukunft nutzen und welche würden Sie gern nutzen? (Mehrfachantworten möglich)**

| Einrichtungen   | Würde ich gern nutzen, aber |                          |                                      |  |
|---|-----------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--|
|   | Nutze ich bereits           | Werde ich noch nutzen    | kein Angebot in der Umgebung bekannt | Interessiert mich nicht                |
| Kinderkrippen.....  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>  |
| Kindergarten .....  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>  |
| Hort.....   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>  |
| Kinderspielplätze .....   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>  |
| Jugendtreff.....  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>  |
| Seniorentreff .....   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub>  |
| Sportanlagen .....  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub>  |
| Andere Kultureinrichtungen .....  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> <sub>8</sub>  |
| Nachbarschaftstreff.....  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub>  |
| Arbeitslosentreff.....  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> <sub>10</sub> |
| Beratungsstellen rund um die Familie (Familien-, Jugend-, Eheberatung)..... | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> <sub>11</sub> |
| Schuldnerberatung .....   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> <sub>12</sub> |
| Suchtberatung .....   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> <sub>13</sub> |
| Magdeburger Tafel /Suppenküche.....   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> <sub>14</sub> |
| Kleiderkammer.....  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> <sub>15</sub> |

F10\_1 – F10\_15

**11. Wie zufrieden sind Sie mit der Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen für den persönlichen Bedarf und von Dienstleistungsangeboten in Ihrer Umgebung?**

| Versorgungseinrichtungen<br>Dienstleistungsangebote |                |           |                  |                                       |             |            |
|---|----------------|-----------|------------------|---------------------------------------|-------------|------------|
|   | Sehr zufrieden | Zufrieden | Eher unzufrieden | Sehr unzufrieden bzw. nicht vorhanden | Kein Bedarf | Weiß nicht |
|   |                |           |                  |                                       |             |            |



|   |   |
|---|---|
| oder ein Handy?   | Nur ein Handy ..... <input type="checkbox"/> <sub>2</sub><br>Nur ein Festnetz-Telefon ..... <input type="checkbox"/> <sub>3</sub><br>Festnetz-Telefon und Handy..... <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>  |
| <b>19.</b> Haben Sie Zugang zum Internet bzw. einen Computer (PC oder Notebook)?  | <b>Internet</b><br>Nein, kein PC und kein Internetzugang..... <input type="checkbox"/> <sub>1</sub><br>Nur PC, kein Internet ..... <input type="checkbox"/> <sub>2</sub><br>PC und Internet per Flatrate ..... <input type="checkbox"/> <sub>3</sub><br>PC und Internet per Einzelabrechnung ..... <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>  |
| <b>20.</b> Haben Sie einen <b>Führerschein</b> ?  | <b>Führerschein</b><br>Ja .... <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Nein ... <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>   |
| <b>21.</b> Haben Sie ein <b>Auto</b> oder anderes Fahrzeug? (inkl. Fahrrad)<br><br>(Mehrfachnennungen möglich)  | <b>Fahrzeug</b><br>nein ..... <input type="checkbox"/> <sub>1</sub><br>Ja, besitze einen eigenen PKW ..... <input type="checkbox"/> <sub>2</sub><br>Ja, nutze einen Firmenwagen ..... <input type="checkbox"/> <sub>3</sub><br>Ja, habe ein Nutzfahrzeug (LKW, Bus).. <input type="checkbox"/> <sub>4</sub><br>Ja, ein eigenes Motorrad ..... <input type="checkbox"/> <sub>5</sub><br>Ja, einen Roller/ein Moped ..... <input type="checkbox"/> <sub>6</sub><br>Ja, ein Fahrrad ..... <input type="checkbox"/> <sub>7</sub>  |
| <b>22.</b> Möbel, Elektrogeräte und andere Einrichtungsgegenstände sowie Kleidungsstücke halten bekanntlich nicht ewig. Wie ist das bei Ihnen: Sind Ihre Möbel, Geräte und Kleidungsstücke noch in Ordnung, modern und modisch, oder sind bald Neuanschaffungen erforderlich und können Sie sich dies finanziell leisten? | <b>Neuanschaffung notwendig:</b><br><b>Geräte:</b><br>Nein, keine baldige Neuanschaffung notwendig ... <input type="checkbox"/> <sub>1</sub><br>Ja, einige Geräte müssen bald erneuert werden, das ist finanziell aber kein großes Problem ..... <input type="checkbox"/> <sub>2</sub><br>Ja, einige Geräte müssen bald erneuert werden, das ist finanziell ein Problem, kann aber gelöst werden (durch Ansparen etc.)..... <input type="checkbox"/> <sub>3</sub><br>Ja, einige Geräte müssen bald erneuert werden, das ist mir/uns aber finanziell nicht möglich ..... <input type="checkbox"/> <sub>4</sub><br><b>Möbel</b><br>Nein, keine baldige Neuanschaffung notwendig ... <input type="checkbox"/> <sub>1</sub><br>Ja, einige Möbel müssen bald erneuert werden, das ist finanziell aber kein großes Problem ..... <input type="checkbox"/> <sub>2</sub><br>Ja, einige Möbel müssen bald erneuert werden, das ist finanziell ein Problem, kann aber gelöst werden (durch Ansparen etc.)..... <input type="checkbox"/> <sub>3</sub><br>Ja, einige Möbel müssen bald erneuert werden, das ist mir/uns aber finanziell nicht möglich ..... <input type="checkbox"/> <sub>4</sub><br><b>Kleidung</b><br>Nein, keine baldige Neuanschaffung notwendig ... <input type="checkbox"/> <sub>1</sub><br>Ja, einige Kleidungsstücke müssen bald erneuert werden, das ist finanziell aber kein großes Problem ..... <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>Ja, einige Kleidungsstücke müssen bald erneuert werden, das ist finanziell ein Problem, kann aber gelöst werden (durch Ansparen etc.) ... <input type="checkbox"/><sub>3</sub></p> <p>Ja, einige Kleidungsstücke müssen bald erneuert werden, das ist mir/uns aber finanziell nicht möglich ..... <input type="checkbox"/><sub>4</sub></p> |
| <b>23. Wenn Kleidungsstücke</b> erneuert werden müssen, wen betrifft das in der Familie hauptsächlich? | <p>Mich selbst ..... <input type="checkbox"/><sub>1</sub></p> <p>Meine/n Partner/in ..... <input type="checkbox"/><sub>2</sub></p> <p>Die Kinder ..... <input type="checkbox"/><sub>3</sub></p> <p>Trifft nicht zu ..... <input type="checkbox"/><sub>4</sub></p>   |

F23

### III. Gesundheit / Lebensweise

| <b>24. Wie beurteilen Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand?</b>  | <p><b>Gesundheitszustand</b></p> <p>Sehr gut ←————→ Sehr schlecht</p> <p>1            2            3            4            5</p> <p><input type="checkbox"/><sub>1</sub>    <input type="checkbox"/><sub>2</sub>    <input type="checkbox"/><sub>3</sub>    <input type="checkbox"/><sub>4</sub>    <input type="checkbox"/><sub>5</sub></p>   |  |                    |                                 |                                  |                          |                                       |                                       |                          |                                       |                     |                          |                                       |   |                          |                                       |  |                          |                                       |                                     |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                    |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                |                          |  |
|--|--|--|--------------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------------------------|---|--------------------------|---------------------------------------|--|--------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|----------------|--------------------------|--|
| <b>25. Haben Sie gegenwärtig besondere gesundheitliche Probleme?</b>   | <p>Ja ..... <input type="checkbox"/><sub>1</sub>    bitte weiter mit  <b>Frage 26</b></p> <p>Nein .... <input type="checkbox"/><sub>2</sub>    bitte weiter mit  <b>Frage 27</b></p>  |  |                    |                                 |                                  |                          |                                       |                                       |                          |                                       |                     |                          |                                       |   |                          |                                       |  |                          |                                       |                                     |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                    |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                |                          |  |
| <b>26. Wenn ja:</b> Welche Probleme sind das und sind Sie deswegen schon in Behandlung (beim Hausarzt oder Facharzt)?<br><br>(Mehrfachantworten möglich) | <table border="0"> <thead> <tr> <th><b>Gesundheitliche Probleme</b></th> <th>In Behand-<br/>lung</th> <th>....Nicht in<br/>Behand-<br/>lung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Herz/Kreislauf/Blutdruck.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <sub>1</sub></td> </tr> <tr> <td>Verdauung (Magen, Darm, Leber, Galle)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <sub>2</sub></td> </tr> <tr> <td>Atmungsorgane .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <sub>3</sub></td> </tr> <tr> <td>Bewegungsapparat (Wirbelsäule, Gelenke) .</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <sub>4</sub></td> </tr> <tr> <td>Gewichtsprobleme (Über-, Untergew.)....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <sub>5</sub></td> </tr> <tr> <td>Allergien.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <sub>6</sub></td> </tr> <tr> <td>Nerven (Depression, Anfälle) .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <sub>7</sub></td> </tr> <tr> <td>Zähne/Kiefer .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <sub>8</sub></td> </tr> <tr> <td>Stoffwechsel (Diabetes o.ä.) .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <sub>9</sub></td> </tr> <tr> <td>Sonstiges.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <sub>10</sub></td> </tr> </tbody> </table> <p>Was „Sonstiges“ .....F26T</p> | <b>Gesundheitliche Probleme</b>        | In Behand-<br>lung | ....Nicht in<br>Behand-<br>lung | Herz/Kreislauf/Blutdruck.....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | Verdauung (Magen, Darm, Leber, Galle) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | Atmungsorgane ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | Bewegungsapparat (Wirbelsäule, Gelenke) . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | Gewichtsprobleme (Über-, Untergew.)....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> | Allergien.....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> | Nerven (Depression, Anfälle) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> | Zähne/Kiefer ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <sub>8</sub> | Stoffwechsel (Diabetes o.ä.) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> | Sonstiges..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <sub>10</sub> |
| <b>Gesundheitliche Probleme</b>  | In Behand-<br>lung   | ....Nicht in<br>Behand-<br>lung        |                    |                                 |                                  |                          |                                       |                                       |                          |                                       |                     |                          |                                       |   |                          |                                       |  |                          |                                       |                                     |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                    |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                |                          |  |
| Herz/Kreislauf/Blutdruck.....  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>  |                    |                                 |                                  |                          |                                       |                                       |                          |                                       |                     |                          |                                       |   |                          |                                       |  |                          |                                       |                                     |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                    |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                |                          |  |
| Verdauung (Magen, Darm, Leber, Galle)  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>  |                    |                                 |                                  |                          |                                       |                                       |                          |                                       |                     |                          |                                       |   |                          |                                       |  |                          |                                       |                                     |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                    |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                |                          |  |
| Atmungsorgane .....  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>  |                    |                                 |                                  |                          |                                       |                                       |                          |                                       |                     |                          |                                       |   |                          |                                       |  |                          |                                       |                                     |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                    |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                |                          |  |
| Bewegungsapparat (Wirbelsäule, Gelenke) .  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>  |                    |                                 |                                  |                          |                                       |                                       |                          |                                       |                     |                          |                                       |   |                          |                                       |  |                          |                                       |                                     |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                    |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                |                          |  |
| Gewichtsprobleme (Über-, Untergew.)....  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>  |                    |                                 |                                  |                          |                                       |                                       |                          |                                       |                     |                          |                                       |   |                          |                                       |  |                          |                                       |                                     |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                    |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                |                          |  |
| Allergien.....   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub>  |                    |                                 |                                  |                          |                                       |                                       |                          |                                       |                     |                          |                                       |   |                          |                                       |  |                          |                                       |                                     |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                    |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                |                          |  |
| Nerven (Depression, Anfälle) .....   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub>  |                    |                                 |                                  |                          |                                       |                                       |                          |                                       |                     |                          |                                       |   |                          |                                       |  |                          |                                       |                                     |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                    |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                |                          |  |
| Zähne/Kiefer .....   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> <sub>8</sub>  |                    |                                 |                                  |                          |                                       |                                       |                          |                                       |                     |                          |                                       |   |                          |                                       |  |                          |                                       |                                     |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                    |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                |                          |  |
| Stoffwechsel (Diabetes o.ä.) .....   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub>  |                    |                                 |                                  |                          |                                       |                                       |                          |                                       |                     |                          |                                       |   |                          |                                       |  |                          |                                       |                                     |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                    |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                |                          |  |
| Sonstiges.....   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> <sub>10</sub> |                    |                                 |                                  |                          |                                       |                                       |                          |                                       |                     |                          |                                       |   |                          |                                       |  |                          |                                       |                                     |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                    |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                |                          |  |
| <b>27. Haben Sie in diesem Jahr (2009) schon medizinische Leistungen in Anspruch genommen?</b><br><br>(Mehrfachantworten möglich)                        | <table border="0"> <thead> <tr> <th><b>Medizinische Leistungen</b></th> <th>ja</th> <th>nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hausarzt- / Facharztbesuch .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <sub>1</sub></td> </tr> <tr> <td>Krankenhausaufenthalt .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <sub>2</sub></td> </tr> <tr> <td>Physiotherapie.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <sub>3</sub></td> </tr> <tr> <td>Vorsorgeuntersuchungen .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <sub>4</sub></td> </tr> <tr> <td>Angebote der Krankenkassen (Rückenschule, Ernährungskurse o.ä.).....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <sub>5</sub></td> </tr> <tr> <td>Beratung des Gesundheitsamtes .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <sub>6</sub></td> </tr> <tr> <td>Sonstiges.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <sub>7</sub></td> </tr> </tbody> </table>  | <b>Medizinische Leistungen</b>         | ja                 | nein                            | Hausarzt- / Facharztbesuch ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | Krankenhausaufenthalt .....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | Physiotherapie..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | Vorsorgeuntersuchungen .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | Angebote der Krankenkassen (Rückenschule, Ernährungskurse o.ä.)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> | Beratung des Gesundheitsamtes ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> | Sonstiges.....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> |                    |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                |                          |  |
| <b>Medizinische Leistungen</b>   | ja   | nein                                   |                    |                                 |                                  |                          |                                       |                                       |                          |                                       |                     |                          |                                       |   |                          |                                       |  |                          |                                       |                                     |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                    |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                |                          |  |
| Hausarzt- / Facharztbesuch .....   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>  |                    |                                 |                                  |                          |                                       |                                       |                          |                                       |                     |                          |                                       |   |                          |                                       |  |                          |                                       |                                     |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                    |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                |                          |  |
| Krankenhausaufenthalt .....  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>  |                    |                                 |                                  |                          |                                       |                                       |                          |                                       |                     |                          |                                       |   |                          |                                       |  |                          |                                       |                                     |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                    |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                |                          |  |
| Physiotherapie.....  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>  |                    |                                 |                                  |                          |                                       |                                       |                          |                                       |                     |                          |                                       |   |                          |                                       |  |                          |                                       |                                     |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                    |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                |                          |  |
| Vorsorgeuntersuchungen .....   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>  |                    |                                 |                                  |                          |                                       |                                       |                          |                                       |                     |                          |                                       |   |                          |                                       |  |                          |                                       |                                     |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                    |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                |                          |  |
| Angebote der Krankenkassen (Rückenschule, Ernährungskurse o.ä.).....   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>  |                    |                                 |                                  |                          |                                       |                                       |                          |                                       |                     |                          |                                       |   |                          |                                       |  |                          |                                       |                                     |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                    |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                |                          |  |
| Beratung des Gesundheitsamtes .....  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub>  |                    |                                 |                                  |                          |                                       |                                       |                          |                                       |                     |                          |                                       |   |                          |                                       |  |                          |                                       |                                     |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                    |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                |                          |  |
| Sonstiges.....   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub>  |                    |                                 |                                  |                          |                                       |                                       |                          |                                       |                     |                          |                                       |   |                          |                                       |  |                          |                                       |                                     |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                    |                          |                                       |                                    |                          |                                       |                |                          |  |

F24

F25

F26\_1 – F26\_10

F27\_1 – F27\_7

|  | Was „Sonstiges“ ..... F27T  |                          |  |                                       |  |                         |                      |                          |                          |                          |                                       |                           |                          |                          |                          |                                       |                      |                          |                          |                          |                                       |                                 |                          |                          |                          |                                       |                         |                          |                          |                          |                                       |                         |                          |                          |                          |                                       |                              |                          |                          |                          |                                       |                |                          |                          |                          |                                       |
|--|---|--------------------------|--|---------------------------------------|--|-------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| <b>28.</b> Müssen Sie regelmäßig Medikamente nehmen?   | <b>Medikamente</b><br>Ja ..... <input type="checkbox"/> <sub>1</sub><br>Nein ..... <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> <span style="float: right;">F28</span>   |                          |  |                                       |  |                         |                      |                          |                          |                          |                                       |                           |                          |                          |                          |                                       |                      |                          |                          |                          |                                       |                                 |                          |                          |                          |                                       |                         |                          |                          |                          |                                       |                         |                          |                          |                          |                                       |                              |                          |                          |                          |                                       |                |                          |                          |                          |                                       |
| <b>29.</b> Haben Sie wegen der Praxisgebühr schon einmal auf einen Arztbesuch verzichtet oder wegen der Zuzahlung zu Medikamenten keine geholt?  | <b>Arztbesuch:</b><br>Ja, verzichtet.... <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Nein, nicht verzichtet.... <input type="checkbox"/> <sub>2</sub><br><b>Medikamente</b><br>Ja, verzichtet.... <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Nein, nicht verzichtet.... <input type="checkbox"/> <sub>2</sub><br><span style="float: right;">F29_1 – F29_2</span>  |                          |  |                                       |  |                         |                      |                          |                          |                          |                                       |                           |                          |                          |                          |                                       |                      |                          |                          |                          |                                       |                                 |                          |                          |                          |                                       |                         |                          |                          |                          |                                       |                         |                          |                          |                          |                                       |                              |                          |                          |                          |                                       |                |                          |                          |                          |                                       |
| <b>30.</b> Welche Angebote zur Gesundheitsförderung haben Sie bereits in Anspruch genommen bzw. würden Sie gern in Anspruch nehmen?  |   |                          |  |                                       |  |                         |                      |                          |                          |                          |                                       |                           |                          |                          |                          |                                       |                      |                          |                          |                          |                                       |                                 |                          |                          |                          |                                       |                         |                          |                          |                          |                                       |                         |                          |                          |                          |                                       |                              |                          |                          |                          |                                       |                |                          |                          |                          |                                       |
| <b>Angebote zur Gesundheitsförderung</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Habe ich bereits besucht</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Werde ich noch besuchen</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Würde ich gern besuchen, aber kein Angebot in der Umgebung bekannt</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Interessiert mich nicht</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Herz/Kreislauf .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/><sub>1</sub></td> </tr> <tr> <td>Haltung/Rückenschule.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/><sub>2</sub></td> </tr> <tr> <td>Sport/Bewegung .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/><sub>3</sub></td> </tr> <tr> <td>Gesunde Ernährung/Abnehmen.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/><sub>4</sub></td> </tr> <tr> <td>Stressbewältigung .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/><sub>5</sub></td> </tr> <tr> <td>Raucherentwöhnung .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/><sub>6</sub></td> </tr> <tr> <td>Andere Suchtbewältigung.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/><sub>7</sub></td> </tr> <tr> <td>Sonstiges.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/><sub>8</sub></td> </tr> </tbody> </table> <p>Wenn „Sonstiges“, was: .....</p> <span style="float: right;">F30_1 – F30_8 / F30T</span> |   |                          | Habe ich bereits besucht   | Werde ich noch besuchen               | Würde ich gern besuchen, aber kein Angebot in der Umgebung bekannt | Interessiert mich nicht | Herz/Kreislauf ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | Haltung/Rückenschule..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | Sport/Bewegung ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | Gesunde Ernährung/Abnehmen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | Stressbewältigung ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> | Raucherentwöhnung ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> | Andere Suchtbewältigung..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> | Sonstiges..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <sub>8</sub> |
|  | Habe ich bereits besucht  | Werde ich noch besuchen  | Würde ich gern besuchen, aber kein Angebot in der Umgebung bekannt | Interessiert mich nicht               |  |                         |                      |                          |                          |                          |                                       |                           |                          |                          |                          |                                       |                      |                          |                          |                          |                                       |                                 |                          |                          |                          |                                       |                         |                          |                          |                          |                                       |                         |                          |                          |                          |                                       |                              |                          |                          |                          |                                       |                |                          |                          |                          |                                       |
| Herz/Kreislauf .....   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> |  |                         |                      |                          |                          |                          |                                       |                           |                          |                          |                          |                                       |                      |                          |                          |                          |                                       |                                 |                          |                          |                          |                                       |                         |                          |                          |                          |                                       |                         |                          |                          |                          |                                       |                              |                          |                          |                          |                                       |                |                          |                          |                          |                                       |
| Haltung/Rückenschule.....  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> |  |                         |                      |                          |                          |                          |                                       |                           |                          |                          |                          |                                       |                      |                          |                          |                          |                                       |                                 |                          |                          |                          |                                       |                         |                          |                          |                          |                                       |                         |                          |                          |                          |                                       |                              |                          |                          |                          |                                       |                |                          |                          |                          |                                       |
| Sport/Bewegung .....   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |  |                         |                      |                          |                          |                          |                                       |                           |                          |                          |                          |                                       |                      |                          |                          |                          |                                       |                                 |                          |                          |                          |                                       |                         |                          |                          |                          |                                       |                         |                          |                          |                          |                                       |                              |                          |                          |                          |                                       |                |                          |                          |                          |                                       |
| Gesunde Ernährung/Abnehmen.....  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |  |                         |                      |                          |                          |                          |                                       |                           |                          |                          |                          |                                       |                      |                          |                          |                          |                                       |                                 |                          |                          |                          |                                       |                         |                          |                          |                          |                                       |                         |                          |                          |                          |                                       |                              |                          |                          |                          |                                       |                |                          |                          |                          |                                       |
| Stressbewältigung .....  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |  |                         |                      |                          |                          |                          |                                       |                           |                          |                          |                          |                                       |                      |                          |                          |                          |                                       |                                 |                          |                          |                          |                                       |                         |                          |                          |                          |                                       |                         |                          |                          |                          |                                       |                              |                          |                          |                          |                                       |                |                          |                          |                          |                                       |
| Raucherentwöhnung .....  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> |  |                         |                      |                          |                          |                          |                                       |                           |                          |                          |                          |                                       |                      |                          |                          |                          |                                       |                                 |                          |                          |                          |                                       |                         |                          |                          |                          |                                       |                         |                          |                          |                          |                                       |                              |                          |                          |                          |                                       |                |                          |                          |                          |                                       |
| Andere Suchtbewältigung.....   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> |  |                         |                      |                          |                          |                          |                                       |                           |                          |                          |                          |                                       |                      |                          |                          |                          |                                       |                                 |                          |                          |                          |                                       |                         |                          |                          |                          |                                       |                         |                          |                          |                          |                                       |                              |                          |                          |                          |                                       |                |                          |                          |                          |                                       |
| Sonstiges.....   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> <sub>8</sub> |  |                         |                      |                          |                          |                          |                                       |                           |                          |                          |                          |                                       |                      |                          |                          |                          |                                       |                                 |                          |                          |                          |                                       |                         |                          |                          |                          |                                       |                         |                          |                          |                          |                                       |                              |                          |                          |                          |                                       |                |                          |                          |                          |                                       |
| <b>31.</b> Sind Sie Raucher/in oder Nichtraucher/in?   | <b>Rauchen</b><br>Ja, Raucher/in... ..... <input type="checkbox"/> <sub>1</sub><br>Ja, Gelegenheitsraucher/in ..... <input type="checkbox"/> <sub>2</sub><br>Nein, aber ehemalige/r Raucher/in..... <input type="checkbox"/> <sub>3</sub><br>Nein, immer Nichtraucher/in gewesen ..... <input type="checkbox"/> <sub>4</sub><br><span style="float: right;">F31</span>  |                          |  |                                       |  |                         |                      |                          |                          |                          |                                       |                           |                          |                          |                          |                                       |                      |                          |                          |                          |                                       |                                 |                          |                          |                          |                                       |                         |                          |                          |                          |                                       |                         |                          |                          |                          |                                       |                              |                          |                          |                          |                                       |                |                          |                          |                          |                                       |
| <b>32.</b> Auf welche Weise sind Sie gegen Krankheit und andere Risiken des Lebens versichert?<br><br>Mehrfachantworten möglich  | <b>Versicherungen</b><br>Pflichtversichert in der gesetzlichen Krankenversicherung (AOK usw.)..... <input type="checkbox"/> <sub>1</sub><br>Freiwillig versichert in der gesetzlichen Krankenversicherung (AOK usw.)..... <input type="checkbox"/> <sub>2</sub><br>Private Krankenversicherung ..... <input type="checkbox"/> <sub>3</sub><br>Beamtenversorgung ..... <input type="checkbox"/> <sub>4</sub><br>Freiwillige Zusatzversicherung (Zahnersatz) ... <input type="checkbox"/> <sub>5</sub><br>Zusatzversicherung fürs Ausland (Urlaub etc.) <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> |                          |  |                                       |  |                         |                      |                          |                          |                          |                                       |                           |                          |                          |                          |                                       |                      |                          |                          |                          |                                       |                                 |                          |                          |                          |                                       |                         |                          |                          |                          |                                       |                         |                          |                          |                          |                                       |                              |                          |                          |                          |                                       |                |                          |                          |                          |                                       |

|   |   |                          |                          |                          |                            |  |               |  |         |                 |          |     |  |                 |                          |                          |                          |                          |                            |                                       |                          |                          |                          |                          |                            |                   |                          |                          |                          |                          |                            |                                     |                          |                          |                          |                          |                            |                 |                          |                          |                          |                          |                            |                   |                          |                          |                          |                          |                            |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--|---------------|--|---------|-----------------|----------|-----|--|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
|   | Private Unfallversicherung..... <input type="checkbox"/> 7<br>Gesetzliche Rentenversicherung ..... <input type="checkbox"/> 8<br>Private Renten(zusatz)versicherung<br>(Riester-Rente, Rürup-Rente etc.)..... <input type="checkbox"/> 9<br>Privat versichert gegen Invalidität ..... <input type="checkbox"/> 10<br>Lebensversicherung u.ä. .... <input type="checkbox"/> 11<br>Haftpflichtversicherung..... <input type="checkbox"/> 12<br>Hausratsversicherung ..... <input type="checkbox"/> 13<br>Rechtsschutzversicherung ..... <input type="checkbox"/> 14<br>F32_1 – F32_14   |                          |                          |                          |                            |  |               |  |         |                 |          |     |  |                 |                          |                          |                          |                          |                            |                                       |                          |                          |                          |                          |                            |                   |                          |                          |                          |                          |                            |                                     |                          |                          |                          |                          |                            |                 |                          |                          |                          |                          |                            |                   |                          |                          |                          |                          |                            |
| <b>33.</b> Haben Sie oder Mitglieder Ihres Haushalts eine Behinderung?<br><br>(Mehrfachantworten möglich)   | Nein ..... <input type="checkbox"/> 1 F33<br>Ja, ich bin selbst behindert ..... <input type="checkbox"/> 2 F33A/B<br>Prozent der Behinderung <input type="text"/> %<br>Ja, ein anderes Haushaltsmitglied ist behindert ..... <input type="checkbox"/> 3<br>Prozent der Behinderung <input type="text"/> %   |                          |                          |                          |                            |  |               |  |         |                 |          |     |  |                 |                          |                          |                          |                          |                            |                                       |                          |                          |                          |                          |                            |                   |                          |                          |                          |                          |                            |                                     |                          |                          |                          |                          |                            |                 |                          |                          |                          |                          |                            |                   |                          |                          |                          |                          |                            |
| <b>34.</b> Sind Sie oder Mitglieder Ihres Haushalts pflegebedürftig?<br><br>(Mehrfachantworten möglich)   | Nein ..... <input type="checkbox"/> 1 F34<br>Ja, ich bin selbst pflegebedürftig ..... <input type="checkbox"/> 2 F34/B<br>und zwar in der Pflegestufe <input type="text"/><br>Ja, ein anderes Haushaltsmitglied ist pflegebedürftig ..... <input type="checkbox"/> 3<br>und zwar in der Pflegestufe <input type="text"/>  |                          |                          |                          |                            |  |               |  |         |                 |          |     |  |                 |                          |                          |                          |                          |                            |                                       |                          |                          |                          |                          |                            |                   |                          |                          |                          |                          |                            |                                     |                          |                          |                          |                          |                            |                 |                          |                          |                          |                          |                            |                   |                          |                          |                          |                          |                            |
| <b>35.</b> Achten Sie sehr auf eine gesunde, ausgewogene Ernährung?   | <b>Ausgewogene Ernährung</b><br>Immer Häufig Manchmal Selten Nie<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5<br>F35   |                          |                          |                          |                            |  |               |  |         |                 |          |     |  |                 |                          |                          |                          |                          |                            |                                       |                          |                          |                          |                          |                            |                   |                          |                          |                          |                          |                            |                                     |                          |                          |                          |                          |                            |                 |                          |                          |                          |                          |                            |                   |                          |                          |                          |                          |                            |
| <b>36.</b> Richten Sie sich nach einer bestimmten Ernährungsweise (z.B. vegetarisch, Rohkost, Vollwert-Ernährung, oder nehmen Sie nur koschere oder halale Speisen zu sich? | Ja ..... <input type="checkbox"/> 1<br>Nein ..... <input type="checkbox"/> 2<br>F36   |                          |                          |                          |                            |  |               |  |         |                 |          |     |  |                 |                          |                          |                          |                          |                            |                                       |                          |                          |                          |                          |                            |                   |                          |                          |                          |                          |                            |                                     |                          |                          |                          |                          |                            |                 |                          |                          |                          |                          |                            |                   |                          |                          |                          |                          |                            |
| <b>37.</b> Wie oft pro Woche nehmen Sie die genannten Mahlzeiten zu sich?   | <table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">5 bis 6</td> <td style="text-align: center;">3 bis 4</td> <td style="text-align: center;">1 bis 2</td> <td></td> <td style="text-align: right;">F37_1 – F37_6</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Täglich</td> <td style="text-align: center;">mal wöchentlich</td> <td style="text-align: center;">Seltener</td> <td style="text-align: center;">Nie</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frühstück .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/>1</td> </tr> <tr> <td>Zwischenmahlzeit / 2. Frühstück .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>Mittagessen .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/>3</td> </tr> <tr> <td>Zwischenmahlzeit / Kaffeetafel.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/>4</td> </tr> <tr> <td>Abendessen.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/>5</td> </tr> <tr> <td>Spätmahlzeit.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/>6</td> </tr> </table> |                          | 5 bis 6                  | 3 bis 4                  | 1 bis 2                    |  | F37_1 – F37_6 |  | Täglich | mal wöchentlich | Seltener | Nie |  | Frühstück ..... | <input type="checkbox"/> 1 | Zwischenmahlzeit / 2. Frühstück ..... | <input type="checkbox"/> 2 | Mittagessen ..... | <input type="checkbox"/> 3 | Zwischenmahlzeit / Kaffeetafel..... | <input type="checkbox"/> 4 | Abendessen..... | <input type="checkbox"/> 5 | Spätmahlzeit..... | <input type="checkbox"/> 6 |
|   | 5 bis 6   | 3 bis 4                  | 1 bis 2                  |                          | F37_1 – F37_6              |  |               |  |         |                 |          |     |  |                 |                          |                          |                          |                          |                            |                                       |                          |                          |                          |                          |                            |                   |                          |                          |                          |                          |                            |                                     |                          |                          |                          |                          |                            |                 |                          |                          |                          |                          |                            |                   |                          |                          |                          |                          |                            |
|   | Täglich   | mal wöchentlich          | Seltener                 | Nie                      |                            |  |               |  |         |                 |          |     |  |                 |                          |                          |                          |                          |                            |                                       |                          |                          |                          |                          |                            |                   |                          |                          |                          |                          |                            |                                     |                          |                          |                          |                          |                            |                 |                          |                          |                          |                          |                            |                   |                          |                          |                          |                          |                            |
| Frühstück .....   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 |  |               |  |         |                 |          |     |  |                 |                          |                          |                          |                          |                            |                                       |                          |                          |                          |                          |                            |                   |                          |                          |                          |                          |                            |                                     |                          |                          |                          |                          |                            |                 |                          |                          |                          |                          |                            |                   |                          |                          |                          |                          |                            |
| Zwischenmahlzeit / 2. Frühstück .....   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 |  |               |  |         |                 |          |     |  |                 |                          |                          |                          |                          |                            |                                       |                          |                          |                          |                          |                            |                   |                          |                          |                          |                          |                            |                                     |                          |                          |                          |                          |                            |                 |                          |                          |                          |                          |                            |                   |                          |                          |                          |                          |                            |
| Mittagessen .....   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 3 |  |               |  |         |                 |          |     |  |                 |                          |                          |                          |                          |                            |                                       |                          |                          |                          |                          |                            |                   |                          |                          |                          |                          |                            |                                     |                          |                          |                          |                          |                            |                 |                          |                          |                          |                          |                            |                   |                          |                          |                          |                          |                            |
| Zwischenmahlzeit / Kaffeetafel.....   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 4 |  |               |  |         |                 |          |     |  |                 |                          |                          |                          |                          |                            |                                       |                          |                          |                          |                          |                            |                   |                          |                          |                          |                          |                            |                                     |                          |                          |                          |                          |                            |                 |                          |                          |                          |                          |                            |                   |                          |                          |                          |                          |                            |
| Abendessen.....   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 5 |  |               |  |         |                 |          |     |  |                 |                          |                          |                          |                          |                            |                                       |                          |                          |                          |                          |                            |                   |                          |                          |                          |                          |                            |                                     |                          |                          |                          |                          |                            |                 |                          |                          |                          |                          |                            |                   |                          |                          |                          |                          |                            |
| Spätmahlzeit.....   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 6 |  |               |  |         |                 |          |     |  |                 |                          |                          |                          |                          |                            |                                       |                          |                          |                          |                          |                            |                   |                          |                          |                          |                          |                            |                                     |                          |                          |                          |                          |                            |                 |                          |                          |                          |                          |                            |                   |                          |                          |                          |                          |                            |
| <b>38.</b> Wo nehmen Sie wochentags Ihre  | Befragte/r Partner/in Kinder<br>Zuhause..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> 1   |                          |                          |                          |                            |  |               |  |         |                 |          |     |  |                 |                          |                          |                          |                          |                            |                                       |                          |                          |                          |                          |                            |                   |                          |                          |                          |                          |                            |                                     |                          |                          |                          |                          |                            |                 |                          |                          |                          |                          |                            |                   |                          |                          |                          |                          |                            |

|   |   |
|---|---|
| <b>Hauptmahlzeiten</b><br>(überwiegend)<br>ein?<br><br>Mehrfachantworten möglich                        | Außer Haus und zwar:  |
|   | Im Schnellrestaurant/Imbiss..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> 2         |
|   | In der Kantine/Schulkantine ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> 3        |
|   | Im Pausenraum (geliefertes Essen)..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> 4   |
|   | Im Pausenraum (mitgebrachtes Essen). <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> 5     |
|   | Am Arbeitsplatz (geliefertes Essen)..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> 6 |
|   | Am Arbeitsplatz (mitgebrachtes Essen). <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> 7   |
| Sonstiges..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> 8 |   |
| Was „Sonstiges“ .....   |   |

F38\_1 – F38\_8 / F38T

|  |   |
|--|---|
| <b>39.</b> Was schätzen Sie, wie viel Geld geben Sie <b>wöchentlich</b> für Lebensmittel und Getränke aus? | <b>Ausgaben für Lebensmittel (in Euro)</b> <span style="float: right;">F39_1 – F39_2</span>   |
|  | Nur für zuhause <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/><br><br>Nur außer Haus (am Arbeitsplatz; Essen gehen, Imbiss usw.) <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> |

|   |   |
|---|---|
| <b>40.</b> Reicht Ihr Haushaltseinkommen aus, um sich und Ihrer Familie eine ausgewogene Ernährung leisten zu können? | Ja, immer ..... <input type="checkbox"/> 1    Ja, oft. <input type="checkbox"/> 2<br>Nur manchmal.. <input type="checkbox"/> 3    Nie .... <input type="checkbox"/> 4 |
|---|---|

F40

**IV. Kultur / Freizeit**

|  |
|--|
| <b>41.</b> Bitte geben Sie zu jeder der genannten Tätigkeiten an, wie oft Sie das tun. |
|--|

**Ich würde gern**

| Wie oft....   | Mindestens:              |                          |                          |                          |                          |    |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|
|   | Täglich                 | 1x Woche                 | 1x Monat                 | Selte-<br>ner            | Nie                      |    |
| schaufen Sie Fernsehen.....   | <input type="checkbox"/> | 1  |
| schaufen Sie Videos/DVDs .....  | <input type="checkbox"/> | 2  |
| nutzen Sie einen Computer .....   | <input type="checkbox"/> | 3  |
| nutzen Sie das Internet.....  | <input type="checkbox"/> | 4  |
| lesen Sie Bücher .....   | <input type="checkbox"/> | 5  |
| lesen Sie Zeitungen/Zeitschriften/Illustrierte .....                    | <input type="checkbox"/> | 6  |
| basteln/reparieren Sie in Haus/Auto/Garten.....                         | <input type="checkbox"/> | 7  |
| gehen Sie in ein Café, in ein Restaurant o.a.....                     | <input type="checkbox"/> | 8  |
| gehen Sie in eine Kneipe/ Biergaststatte o.a. ....                    | <input type="checkbox"/> | 9  |
| treffen Sie sich mit Verwandten, Freunden,<br>Bekanntem, Nachbarn ..... | <input type="checkbox"/> | 10 |
| machen Sie (kurze) Reisen und Ausflüge .....                           | <input type="checkbox"/> | 11 |
| arbeiten sie in Parteien/politischen Gruppen mit..                      | <input type="checkbox"/> | 12 |
| sind Sie aktiv sportlich tätig .....                                   | <input type="checkbox"/> | 13 |
| besuchen Sie Sportveranstaltungen .....                                 | <input type="checkbox"/> | 14 |
| gehen Sie ins Kino .....  | <input type="checkbox"/> | 15 |
| gehen Sie auf ein Pop-Konzert/Lifemusik .....                           | <input type="checkbox"/> | 16 |
| gehen Sie ins Theater .....   | <input type="checkbox"/> | 17 |
| gehen Sie in die Oper/ in ein klassisches Konzert ...                   | <input type="checkbox"/> | 18 |
| besuchen Sie Begegnungsstätten/Klubs etc.....                          | <input type="checkbox"/> | 19 |
| gehen Sie spazieren.....  | <input type="checkbox"/> | 20 |
| sonstiges .....   | <input type="checkbox"/> | 21 |

Wenn „sonstiges“, was? .....

F41\_1 – F41\_21 /F41T

(Sonstiges bitte in Stichworten)

|   |  |
|---|--|
| <b>42.</b> Wenn Sie in der vorherigen Frage einmal oder mehrfach „ <b>ich würde gern</b> “ angekreuzt haben, was hindert Sie, die jeweilige Tätigkeit auszuüben? | <b>Hinderungsgrund für Freizeitaktivität(en)</b> F42<br>(in Stichworten)<br>.....<br>..... |
|---|--|

### V. Bürgerschaftliches Engagement

|  |   |
|--|---|
| <b>43.</b> Sind Sie <b>Mitglied</b> in einem Verein / Verband /einer Partei? | Nein ..... <input type="checkbox"/> 1<br>Ja, aktiv in einem Verein/Verband ..... <input type="checkbox"/> 2<br>Ja, passiv in einem Verein/Verband..... <input type="checkbox"/> 3<br>Ja, aktiv in einer Partei..... <input type="checkbox"/> 4<br>Ja, passiv in einer Partei ..... <input type="checkbox"/> 5 |
| <b>44.</b> Sind Sie <b>ehrenamtlich</b> tätig?                              | Ja, bis 20 Stunden im Monat..... <input type="checkbox"/> 1<br>Ja, mehr als 20 Stunden im Monat ..... <input type="checkbox"/> 2<br>Nein ..... <input type="checkbox"/> 3   |
| <b>45.</b> In welchem Bereich engagieren Sie                                 | F45_1 _ F45_9<br><div style="display: flex; justify-content: space-around; text-align: center;"> <span><b>Engagiere<br/>mich</b></span> <span><b>Würde<br/>mich gern<br/>engagieren</b></span> <span><b>Kein<br/>Inter-<br/>resse</b></span> </div>  |

|  |   |                          |                          |                          |   |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| sich ehrenamtlich bzw. würden Sie sich gern ehrenamtlich engagieren? | Soziales/Gesundheit/Selbsthilfe .....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 |
|  | Sport/Bewegung .....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 |
|  | Bildung/Schule/Jugendarbeit .....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3 |
|  | Umwelt- und Naturschutz/Nachhaltigkeit .....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4 |
|  | Feuerwehr/Rettungsdienst.....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5 |
|  | Kultur/Musik .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6 |
|  | Freizeit/Geselligkeit.....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7 |
|  | Politik/Interessenvertretung .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8 |
|  | Bürgerschaftliche Aktivität i.d. Gemeinde ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9 |

|   |  |                          |   |
|---|--|--------------------------|---|
| 46. Wenn Sie sich gern ehrenamtlich betätigen möchten, was hindert Sie gegenwärtig daran? | Keine Information über mögliche Betätigungsfelder ..                               | <input type="checkbox"/> | 1 |
|   | Kein passendes Angebot in der Nähe .....   | <input type="checkbox"/> | 2 |
|   | Kann mir keine zusätzlichen Aufwendungen leisten (Fahrkosten, Beiträge o.ä.) ..... | <input type="checkbox"/> | 3 |
|   | Zu wenig Zeit.....   | <input type="checkbox"/> | 4 |
|   | Sonstige Gründe .....  | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Welche? .....   |  | F46/F46T                 |   |

**VI. Persönliche Lebenssituation**

|   |                      |  |      |
|---|----------------------|--|------|
| 47. Wie viele Personen (einschließlich Ihrer Person) wohnen in Ihrer Wohnung? | Personen im Haushalt | <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> | HHGR |
|---|----------------------|--|------|

|                                |                                     |                          |   |
|--------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---|
| 48. Wie ist Ihr Familienstand? | Ledig.....                          | <input type="checkbox"/> | 1 |
|                                | Verheiratet.....                    | <input type="checkbox"/> | 2 |
|                                | In Partnerschaft lebend .....       | <input type="checkbox"/> | 3 |
|                                | Geschieden oder getrennt lebend ... | <input type="checkbox"/> | 4 |
|                                | Verwitwet .....                     | <input type="checkbox"/> | 5 |
|                                |                                     | F48                      |   |

|  |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 49. Alter der Haushaltsmitglieder (ab der 2. Person in der Reihenfolge des Alters)   | <b>Befragte Person</b>                                  | <b>2. Person</b>  | <b>3. Person</b>  | <b>4. Person</b>  | <b>5. Person</b>  | <b>6. Person</b>  |
|  | <input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/> |
|  | F49_1   | F49_2   | F49_3   | F49_4   | F49_5   | F49_6   |
| (Falls mehr als 6 Personen im Haushalt leben, bitten wir - auch in den folgenden Fragen - um Angaben zu den ältesten 6 Personen) |   |   |   |   |   |   |

|  |  |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |
|--|--|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 50. Geschlecht der Haushaltsmitglieder | <b>Befragte Person</b>                     | <b>2. Person</b>                | <b>3. Person</b>                | <b>4. Person</b>                | <b>5. Person</b>                | <b>6. Person</b>                |
|  | Weiblich . <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 1..... |
|  | Männlich <input type="checkbox"/> 2.....   | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 2..... |
|  |  | F50_1 - 6                       |                                 |                                 |                                 |                                 |

|   |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 51. Welchen <u>höchsten</u> Schulabschluss haben Sie und die anderen Haushaltsmitglieder? | <b>Befragte Person</b>          | <b>2. Pers.</b>                 | <b>3. Pers.</b>                 | <b>4. Pers.</b>                 | <b>5. Pers.</b>                 | <b>6. Pers.</b>                 |
|   | Kind/ noch Schüler .....        | <input type="checkbox"/> 1..... |
|   | Ohne Abschluss .....            | <input type="checkbox"/> 2..... |
|   | 8/9. Klasse.....                | <input type="checkbox"/> 3..... |
|   | 10. Klasse.....                 | <input type="checkbox"/> 4..... |
| Fachoberschule .....  | <input type="checkbox"/> 5..... |                                 |

|  |   |
|--|---|
| F51_1 – F51_6  | Abitur ..... <input type="checkbox"/> 6..... <input type="checkbox"/> 6..... <input type="checkbox"/> 6..... <input type="checkbox"/> 6..... <input type="checkbox"/> 6... <input type="checkbox"/> 6                   |
| <b>52. Welchen höchsten Berufsabschluss haben die erwachsenen (nicht mehr schulpflichtigen) Haushaltsmitglieder?</b><br><small>F52_1 – F52_6</small>   | <b>Befragte 2. 3. 4. 5. 6.</b><br><b>Person Pers. Pers. Pers. Pers. Pers.</b>   |
|  | Noch in Ausbildung ..... <input type="checkbox"/> 1..... <input type="checkbox"/> 1     |
|  | Ohne Ausbildung..... <input type="checkbox"/> 2..... <input type="checkbox"/> 2         |
|  | Facharbeiter..... <input type="checkbox"/> 3..... <input type="checkbox"/> 3            |
|  | Meister/Techniker..... <input type="checkbox"/> 4..... <input type="checkbox"/> 4       |
|  | Fachsch./Berufsfachsch. .... <input type="checkbox"/> 5..... <input type="checkbox"/> 5 |
|  | Fachhochschule ..... <input type="checkbox"/> 6..... <input type="checkbox"/> 6         |
| Hochschule/Universität .... <input type="checkbox"/> 7..... <input type="checkbox"/> 7 |   |
| <b>53. Sind Sie oder Mitglieder Ihres Haushalts nach Deutschland eingewandert?</b><br><small>F53_1 - 6</small>   | <b>Befragte 2. 3. 4. 5. 6.</b><br><b>Person Person Person Person Person Person</b>  |
|  | Ja, eingewandert . <input type="checkbox"/> 1..... <input type="checkbox"/> 1           |
| Nein ..... <input type="checkbox"/> 2..... <input type="checkbox"/> 2                  |   |
| <b>54. Wenn ja, in welchen Bereichen sehen Sie Probleme bei der Integration aufgrund Ihrer Einwanderung? (Mehrfachantworten möglich)</b>   | Keine Probleme ..... <input type="checkbox"/> 1   |
|  | Arbeitsmarkt ..... <input type="checkbox"/> 2   |
|  | Schule..... <input type="checkbox"/> 3  |
|  | Behörden ..... <input type="checkbox"/> 4   |
|  | Nachbarschaft ..... <input type="checkbox"/> 5  |
|  | Soziales Umfeld ..... <input type="checkbox"/> 6  |
|  | Sprache ..... <input type="checkbox"/> 7  |
| Andere ..... <input type="checkbox"/> 8 <span style="float: right;">F54</span>   |   |
| Wenn „andere“, welche? ..... <span style="float: right;">F54T</span>   |   |
| <b>55. Welche Sprachen werden in Ihrem Haushalt am häufigsten gesprochen?</b>  | Häufigste Sprache ..... <span style="float: right;">F55A</span>   |
|  | Zweithäufigste Sprache ..... <span style="float: right;">F55B</span>  |

|  |   |
|--|---|
| <b>56. Erhalten Sie oder andere Mitglieder Ihres Haushalts eine Grundsicherung vom Sozialamt? (Grundsicherung im Alter, für Behinderte, oder Laufende Hilfe zum Lebensunterhalt)</b><br><small>F56_1 – F56_6</small>   | <b>Befragte 2. 3. 4. 5. 6.</b><br><b>Person Pers. Pers. Pers. Pers. Pers.</b>   |
|  | Ja, Grundsicherung vom Sozialamt ..... <input type="checkbox"/> 1..... <input type="checkbox"/> 1 |
|  | Nein ..... <input type="checkbox"/> 1..... <input type="checkbox"/> 1                             |
| <b>57. Welche Stellung im Erwerbsleben haben Sie und die anderen Haushaltsmitglieder?</b><br>(Mehrfachantworten möglich, d.h. wenn Sie z.B. erwerbstätig sind und aufstockendes Arbeitslosengeld beziehen, kreuzen Sie bitte „erwerbstätig“ <u>und</u> „arbeitslos gemeldet“ an, oder wenn Sie Student sind und einen Mini-Job haben kreuzen Sie bitte „erwerbstätig“ <u>und</u> „Student“ an) |   |

|  | Befragte Person             | 2. Pers.                    | 3. Pers.                    | 4. Pers.                    | 5. Pers.                    | 6. Pers.                    |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Erwerbstätig (auch Mini-Jobs).....     | <input type="checkbox"/> 1  |
| Auszubildende/r (oder Praktikum) ..... | <input type="checkbox"/> 2  |
| Umschulung/Fortbildung .....           | <input type="checkbox"/> 3  |
| Arbeitslos gemeldet .....              | <input type="checkbox"/> 4  |
| Rente/Pension .....                    | <input type="checkbox"/> 5  |
| Wehr- oder Zivildienst.....            | <input type="checkbox"/> 6  |
| Student/in .....                       | <input type="checkbox"/> 7  |
| Schüler/in.....                        | <input type="checkbox"/> 8  |
| Hausfrau/-mann.....                    | <input type="checkbox"/> 9  |
| Erziehungsurlaub.....                  | <input type="checkbox"/> 10 |
| Mithelfende Familienangehörige .....   | <input type="checkbox"/> 11 |
| Nicht schulpflichtiges Kind.....       | <input type="checkbox"/> 12 |

F57\_1 – F57\_12

Wenn Sie **arbeitslos** (gemeldet) sind, bitte weiter mit .....  **Frage 58**  
 Wenn Sie **erwerbstätig** sind (auch nebenher / Azubi), weiter mit .....  **Frage 61**  
 Wenn Sie ausschließlich **Rentner, Student, Schüler** o.ä. sind und nicht nebenher arbeiten, bitte weiter mit .....  **Frage 66**

**58. Wenn Sie arbeitslos sind**, welche Leistungen bekommen Sie und Ihre Familienangehörigen im Haushalt bzw. der Bedarfsgemeinschaft dann?  
 (Mehrfachantworten möglich, d.h. wenn Sie Arbeitslosengeld 1 (ALG 1) beziehen und zusätzlich eine Aufstockung durch Arbeitslosengeld 2 (ALG 2), kreuzen Sie bitte beides an)

|   | Befragte Person            | 2. Pers.                   | 3. Pers.                   | 4. Pers.                   | 5. Pers.                   | 6. Pers.                   |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Arbeitslosengeld 1 .....  | <input type="checkbox"/> 1 |
| Arbeitslosengeld 2 (Hartz IV) .....   | <input type="checkbox"/> 2 |
| Sozialgeld (für Kinder oder Erwerbsunfähige) .....                            | <input type="checkbox"/> 3 |
| Unterhaltsgeld für Fortbildung/Umschulung.....                                | <input type="checkbox"/> 4 |
| Kein Anspruch auf ALG 2 weil der Partner zuviel verdient .....                | <input type="checkbox"/> 5 |
| Kein Anspruch auf ALG 2 weil erst das Vermögen aufgebraucht werden muss ..... | <input type="checkbox"/> 6 |

F58\_1 – F58\_6

**59. Wenn Sie arbeitslos sind:** Seit wann sind Sie ununterbrochen arbeitslos?  
 (Kleinere Unterbrechungen durch Fortbildung, Training usw. zählen nicht)

Seit  Monaten

F59

**60. Wenn Sie arbeitslos sind:** Waren Sie vorher dauernd beschäftigt?

Ja ..... 1  
 Nein, aber überwiegend ..... 2  
 Nein, nur manchmal, überwiegend arbeitslos... 3  
 Hatte noch nie einen regulären Arbeitsplatz ..... 4

F60

**Wenn Sie arbeitslos sind und gleichzeitig erwerbstätig,**

jetzt bitte weiter mit .....



**Frage 61**

**Wenn Sie ausschließlich arbeitslos ohne Nebenjob sind,**

jetzt bitte weiter mit .....



**Frage 66**

**61. Wenn Sie erwerbstätig sind (auch nebenbei), was sind Sie dann genau?**  
(Mehrfachantworten möglich)

|   | befragte Person             | 2. Pers.                    | 3. Pers.                    | 4. Pers.                    | 5. Pers.                    | 6. Pers.                    |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Selbständig (hauptberuflich).....   | <input type="checkbox"/> 1  |
| Selbständig (nebenberuflich).....   | <input type="checkbox"/> 2  |
| Regulär (Vollzeit) beschäftigt als<br>Arbeiter/Angestellter .....                   | <input type="checkbox"/> 3  |
| Regulär (Vollzeit) beschäftigt als Beamter .....                                    | <input type="checkbox"/> 4  |
| Regulär (Teilzeit) beschäftigt als<br>Arbeiter/Angestellter/Beamter (ab 800 €)..... | <input type="checkbox"/> 5  |
| In einem Midi-Job beschäftigt (401 bis 800 €)..                                     | <input type="checkbox"/> 6  |
| In einem Mini-Job beschäftigt (unter 401 €).....                                    | <input type="checkbox"/> 7  |
| In einer Kommunal-Kombi beschäftigt .....   | <input type="checkbox"/> 8  |
| In einer AGH beschäftigt (früher ABM).....  | <input type="checkbox"/> 9  |
| In einem 1-Euro-Job beschäftigt .....   | <input type="checkbox"/> 10 |
| bezahltes Praktikum .....   | <input type="checkbox"/> 11 |
| unbezahltes Praktikum .....   | <input type="checkbox"/> 12 |

F61\_1 – F61\_12

**62. Wenn Sie erwerbstätig sind: Wie zufrieden sind Sie dann mit den folgenden Arbeitsbedingungen?**

F62\_1 – F62\_6

|   | Sehr zufrieden ←————→ Sehr unzufrieden |                          |                          |                          |                            |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
|   | 1                                      | 2                        | 3                        | 4                        | 5                          |
| Verdienstmöglichkeiten .....  | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 |
| Arbeitsbedingungen .....  | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 |
| Abwechslung bei der Arbeit .....  | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 3 |
| Verhältnis zu Kollegen .....  | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 4 |
| Aufstiegschancen .....  | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 5 |
| Sicherheit vor Entlassung .....   | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 6 |
| Arbeitszeitregelung .....   | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 7 |
| Ansehen der Tätigkeit in der Öffentlichkeit .....                           | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 8 |
| Möglichkeit zur selbständigen Gestaltung und<br>Einteilung der Arbeit ..... | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 9 |

**63. Wenn Sie erwerbstätig sind: Welche berufliche Tätigkeit üben Sie gegenwärtig in Ihrem (Haupt-)Beruf aus? (Berufsbezeichnung oder in Stichworten)**

Beruf/Tätigkeit: .....

F63

**64. Wenn Sie erwerbstätig sind: Ist der Betrieb, in dem Sie arbeiten, ein:**

- Industriebetrieb..... 1
- Handwerksbetrieb .....
- Landwirtschaftlicher Betrieb .....
- Handels- oder Dienstleistungsbetrieb .....

|  |   |
|--|---|
|  | Teil des öffentlichen Dienstes ..... <input type="checkbox"/> 5 F64   |
| <b>65. Wenn Sie erwerbstätig sind:</b> Befürchten Sie, in naher Zukunft arbeitslos zu werden oder Ihre Stelle wechseln zu müssen?  | Nein ..... <input type="checkbox"/> 1<br>Ja, ich befürchte arbeitslos zu werden ..... <input type="checkbox"/> 2<br>Ja, ich befürchte die Stelle wechseln zu müssen ..... <input type="checkbox"/> 3<br>Habe einen Zeitvertrag <u>mit</u> Anschlussperspektive ..... <input type="checkbox"/> 4<br>Habe einen Zeitvertrag <u>ohne</u> Anschlussperspektive .. <input type="checkbox"/> 5<br>Weiß nicht ..... <input type="checkbox"/> 6<br>F65  |
| <b>66. Wie hoch ist Ihr Netto-Einkommen, wenn Sie die <u>Nettoeinkommen aller Haushaltsmitglieder</u> zusammenrechnen (Lohn/ Gehalt, Arbeitslosengeld, Rente, BAföG, Kindergeld etc.)? (einschließlich Mietzuschuss von der ARGE!)</b> | <b>Netto-Haushaltseinkommen</b><br>Summe <input type="text"/> EUR ..... F66   |
| <b>67. Wie setzt sich Ihr Hauhalts-Einkommen zusammen?</b><br><br>Mehrfachantworten möglich  | Verdienst aus Erwerbstätigkeit..... <input type="checkbox"/> 1<br>Rente/Pension ..... <input type="checkbox"/> 2<br>BAföG /Ausbildungsförderung o.ä..... <input type="checkbox"/> 3<br>Erziehungsgeld/Elterngeld ..... <input type="checkbox"/> 4<br>Arbeitslosengeld I (ALG I) ..... <input type="checkbox"/> 5<br>Unterhaltsgeld bei Fortbildung ..... <input type="checkbox"/> 6<br>ALG II (incl Mietzuschuss)..... <input type="checkbox"/> 7<br>Nur Mietzuschuss von der ARGE ..... <input type="checkbox"/> 8<br>Unterhaltszahlungen ..... <input type="checkbox"/> 9<br>Kindergeld ..... <input type="checkbox"/> 10<br>Pflegegeld..... <input type="checkbox"/> 11<br>Wohngeld (Sozial- und Wohnungsamt) ... <input type="checkbox"/> 12<br>Private Unterstützung (Eltern etc.) ..... <input type="checkbox"/> 13<br>Einnahmen aus Miete/Pacht ..... <input type="checkbox"/> 14<br>Einkommen aus Vermögen/Ersparnen . <input type="checkbox"/> 15<br>Sonstiges..... <input type="checkbox"/> 16<br><br>Wenn „Sonstiges“, was? .....<br>.....<br>F67_1 – F67_16, F67T |
| <b>68. Besitzen Sie Vermögen in Geld oder Sachwerten?</b><br><br>Mehrfachantworten möglich   | Nein (nicht mehr als 2.500 €) ..... <input type="checkbox"/> 1<br>Ja, Ersparnes (mehr als 2.500 €) ..... <input type="checkbox"/> 2<br>Ja, Geldanlage (Aktien, Fonds etc.) ..... <input type="checkbox"/> 3<br>Ja, Immobilien ..... <input type="checkbox"/> 4<br>Ja, andere Sachwerte ..... <input type="checkbox"/> 5<br>F68_1 – F68_5  |
| <b>69. Haben Sie bzw. hat Ihr Haushalt Schulden?</b>   | Nein ..... <input type="checkbox"/> 1<br>Ja und zwar Kreditschulden..... <input type="checkbox"/> 2<br>Ja und zwar Unterhaltsschulden..... <input type="checkbox"/> 3   |

