

SCHULE



1. Wie gefällt es Dir in der Schule? (Bitte kreuze das passende Gesicht an!)

-

2. Wie lange machst Du nach dem Unterricht täglich etwas für die Schule?

(Bitte kreuze nur eine Antwort an!)

Wir meinen damit zum Beispiel Hausaufgaben, lernen, üben oder Nachhilfekurse.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Weniger als eine halbe Stunde | <input type="checkbox"/> Ungefähr 1 und eine halbe Stunde |
| <input type="checkbox"/> Ungefähr eine halbe Stunde | <input type="checkbox"/> Ungefähr 2 Stunden |
| <input type="checkbox"/> Ungefähr 1 Stunde | <input type="checkbox"/> Mehr als 2 Stunden |

3. Wie kommst Du meistens zur Schule? (Bitte kreuze nur eine Antwort an!)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mit Bus/ Bahn | <input type="checkbox"/> Zu Fuß |
| <input type="checkbox"/> Mit dem Fahrrad | <input type="checkbox"/> Meine Eltern bringen mich mit dem Auto |

4. Wie lange brauchst Du meistens zur Schule? (Bitte kreuze nur eine Antwort an!)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Unter 10 Minuten | <input type="checkbox"/> 21 - 30 Minuten | <input type="checkbox"/> Über 40 Minuten |
| <input type="checkbox"/> 11 - 20 Minuten | <input type="checkbox"/> 31 - 40 Minuten | |

5. Wie häufig isst Du vor der Schule Frühstück? (Bitte kreuze nur eine Antwort an!)

- Immer Oft Manchmal Selten Nie

6. Wie oft nimmst Du am Schulessen teil? (Bitte kreuze nur eine Antwort an!)

Hiermit meinen wir ein vollständiges, warmes Mittagessen an Deiner Schule.
Wenn es das nicht gibt, kreuze nur die letzte Zeile an.

- Immer Oft Manchmal Selten Nie
- Ein Schulessen gibt es an unserer Schule nicht.



7. Bekommst Du Unterstützung bei den Schulaufgaben?

(Du kannst mehrere Antworten ankreuzen!)

- Ja, Nachhilfe (z.B. Studienkreis, Schülerhilfe)
- Ja, aus der Schule (z.B. Hausaufgabenbetreuung, ältere Schüler)
- Ja, aus der Familie (z.B. Geschwister, Eltern)
- Nein

FAMILIE UND FREUNDE



8. Wie wichtig sind die folgenden Personen für Dich?

(Bitte in jeder Zeile nur ein Kreuz!)

	sehr wichtig	wichtig	nicht wichtig	habe ich nicht
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiefvater/ Freund der Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiefmutter/ Freundin des Vaters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Großeltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitschülerinnen und Mitschüler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beste Freundin/ bester Freund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clique (Freundeskreis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lehrerinnen und Lehrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Erwachsene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lieblingssänger/-schauspieler/ -sportler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Wie häufig machst Du Folgendes gemeinsam mit Deinen Eltern?

(Bitte in jeder Zeile nur ein Kreuz!)

	oft	manchmal	selten	nie
Gemeinsam ins Kino, Theater, Museum gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeinsam essen gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeinsam Verwandte und Bekannte besuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeinsam Musik machen, spielen oder kochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagesausflüge machen/ Spazieren gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeinsam fernsehen, DVD oder Video schauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeinsam Sport treiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



10. Was machen Deine Eltern, wenn sie sauer auf Dich sind?*(Du kannst mehrere Antworten ankreuzen!)*

Ja, das machen sie.

- | | |
|--|--------------------------|
| Sie erklären mir ruhig, warum sie sauer sind. | <input type="checkbox"/> |
| Sie erteilen mir Verbote (z.B. Hausarrest oder Fernsehverbot). | <input type="checkbox"/> |
| Sie schimpfen laut mit mir. | <input type="checkbox"/> |
| Sie hauen mich. | <input type="checkbox"/> |
| Sie drohen mit Strafen, tun aber nichts. | <input type="checkbox"/> |

11. Wenn Dich Deine Eltern bestrafen, empfindest Du dies dann...?*(Bitte kreuze nur eine Antwort an!)*

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Immer als gerecht |
| <input type="checkbox"/> Oft als gerecht |
| <input type="checkbox"/> Oft als ungerecht |
| <input type="checkbox"/> Immer als ungerecht |

12. Gibt es Ärger mit Deinen Eltern, wenn...?*(Du kannst mehrere Antworten ankreuzen!)*

Ja, gibt es.

- | | |
|---|--------------------------|
| Sie mit Deinem Aussehen nicht einverstanden sind
(Kleidung, Körperschmuck, Frisur) | <input type="checkbox"/> |
| Du Dich mit Freunden triffst, mit denen Deine Eltern
nicht einverstanden sind | <input type="checkbox"/> |
| Du spät nach Hause kommst | <input type="checkbox"/> |
| Du viel TV siehst | <input type="checkbox"/> |
| Du laut Musik hörst | <input type="checkbox"/> |
| Du Deine Pflichten nicht erledigst | <input type="checkbox"/> |
| Du lange vorm Computer oder Videospiel (z.B. Play Station) | <input type="checkbox"/> |

13. Kommt es vor, dass Deine Eltern kein Geld haben, um...*(Du kannst mehrere Antworten ankreuzen!)*

Ja, das kommt vor.

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| Dir Taschengeld zu geben. | <input type="checkbox"/> |
| Dir neue Kleidung zu kaufen. | <input type="checkbox"/> |
| Mit Dir in den Urlaub zu fahren. | <input type="checkbox"/> |
| Dir Geld für Hobbys zu geben. | <input type="checkbox"/> |
| Dir Klassenfahrten zu bezahlen. | <input type="checkbox"/> |



14. Fragen Dich Deine Eltern bei folgenden Familienentscheidungen?

(Du kannst mehrere Antworten ankreuzen!)

	Ja, tun sie.
Urlaub	<input type="checkbox"/>
Wochenend-Ausflüge	<input type="checkbox"/>
Sachen für die Wohnung kaufen	<input type="checkbox"/>
Familienfeste (z.B. Weihnachten, Geburtstag)	<input type="checkbox"/>

15. Mit wem wohnst Du zusammen? (Du kannst mehrere Antworten ankreuzen!)

<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Geschwister, <i>bitte trage ein, wie viele:</i> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Großvater
<input type="checkbox"/> Stiefvater/ Freund meiner Mutter	<input type="checkbox"/> Großmutter
<input type="checkbox"/> Stiefmutter/ Freundin meines Vaters	<input type="checkbox"/> Ich wohne im Heim.

16. Hast Du ein eigenes Zimmer? (Bitte kreuze nur eine Antwort an!)

<input type="checkbox"/> Ja, für mich alleine
<input type="checkbox"/> Ja, mit meiner Schwester/ meinem Bruder zusammen
<input type="checkbox"/> Nein

17. Hat Deine Familie ein Auto? (Bitte kreuze nur eine Antwort an!)

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, ein Auto	<input type="checkbox"/> Ja, zwei oder mehr Autos
-------------------------------	---------------------------------------	---

18. Wie oft bist Du mit Deiner Familie im letzten Jahr im Urlaub gewesen?

(Bitte kreuze nur eine Antwort an!)

☞ *Mit "Urlaub" meinen wir lange Reisen, die länger als 3 Tage gedauert haben und wo ihr nicht bei Verwandten oder Bekannten wart.*

<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> Einmal	<input type="checkbox"/> Zweimal	<input type="checkbox"/> Mehr als zweimal
--	---------------------------------	----------------------------------	---



19. Wie viele Bücher gibt es ungefähr bei Dir zu Hause?

(Bitte kreuze nur eine Antwort an!)

☞ *Zähle keine Zeitschriften, Zeitungen oder Schulbücher mit.*

- Keine oder nur wenige (0 bis 10 Bücher)
- Etwa ein Bücherbrett (11 bis 24 Bücher)
- Etwa ein Regal (25 bis 100 Bücher)
- Etwa zwei Regale (101 bis 200 Bücher)
- Drei oder mehr Regale (mehr als 200 Bücher)

20. Wie viele Computer hat Deine Familie insgesamt?

(Bitte kreuze nur eine Antwort an!)

☞ *Als Computer zählen auch "Klapp-Computer" (Laptops), aber keine Videospiele (z.B. Play Station).*

- Keinen
- Einen
- Zwei
- Mehr als Zwei

21. Im Vergleich mit den Familien Deiner Mitschüler, kann sich Deine Familie da...?

(Bitte kreuze nur eine Antwort an!)

- Mehr leisten
- In etwa gleich viel leisten
- Weniger leisten

22. Hast Du...? (Du kannst mehrere Antworten ankreuzen!)

Ja, habe ich.

- Ein eigenes Fahrrad
- Einen eigenen Fernseher
- Einen eigenen Computer
- Eine eigene Spielkonsole (z.B. Play Station)
- Ein eigenes Handy
- Ein festes Taschengeld



23. Wie viel Geld hast Du diese Woche zum Ausgeben?

(Bitte kreuze nur eine Antwort an!)

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 Euro | <input type="checkbox"/> Bis 10 Euro | <input type="checkbox"/> Bis 30 Euro | <input type="checkbox"/> Bis 50 Euro |
| <input type="checkbox"/> Bis 5 Euro | <input type="checkbox"/> Bis 20 Euro | <input type="checkbox"/> Bis 40 Euro | <input type="checkbox"/> Über 50 Euro |

24. Bist Du mit dem Geld zufrieden, das Du diese Woche zum Ausgeben hast?

(Bitte kreuze nur eine Antwort an!)

- | | | |
|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zufrieden | <input type="checkbox"/> Teilweise zufrieden | <input type="checkbox"/> Nicht zufrieden |
|------------------------------------|--|--|

FREIZEIT



25. Wo bist Du meistens in Deiner Freizeit, wenn Du nicht zu Hause bist?

(Du kannst mehrere Antworten ankreuzen!)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Spielplatz | <input type="checkbox"/> Schwimmhalle, Freibad |
| <input type="checkbox"/> Park, Wald, Wiese | <input type="checkbox"/> Skaterbahn |
| <input type="checkbox"/> Sport- und Freizeitzentrum | <input type="checkbox"/> Einkaufszentrum |
| <input type="checkbox"/> Spielstraße | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendtreff |
| <input type="checkbox"/> Sportplatz | |

26. Manchmal fühlt man sich im eigenen Wohngebiet nicht wohl. Welche Aussagen treffen für Dich zu? (Du kannst mehrere Antworten ankreuzen!)

Ja, das stimmt.

- | | |
|---|--------------------------|
| Auf dem Weg zur Schule gibt es viel zu viele Autos. | <input type="checkbox"/> |
| In der Umgebung gibt es nicht genug Ampeln und Zebrastreifen, um die Straße sicher zu überqueren. | <input type="checkbox"/> |
| Unsere Nachbarn schimpfen ständig, wenn wir draußen spielen wollen. | <input type="checkbox"/> |
| Es gibt zu wenig Platz zum Spielen. | <input type="checkbox"/> |
| Es gibt zu wenige Kinder in meinem Alter. | <input type="checkbox"/> |
| In meiner Gegend gibt es zu viel Verkehr. | <input type="checkbox"/> |
| Es gibt zu wenig Bäume und Wiesen. | <input type="checkbox"/> |
| In meiner Gegend fürchte ich mich vor Kinder- oder Jugendbanden. | <input type="checkbox"/> |



27. Wie viel freie Zeit hast Du normalerweise nach der Schule für Dich ohne Haushalts- und Schulaufgaben? (Bitte kreuze nur eine Antwort an!)

☞ Bitte gib die Zeit an, in der Du weder Haushalts- noch Schulaufgaben erledigen musst und Dich ganz Deinen Hobbies widmen kannst.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bis zu 2 Stunden | <input type="checkbox"/> Ungefähr 6 Stunden |
| <input type="checkbox"/> Ungefähr 4 Stunden | <input type="checkbox"/> Mehr als 6 Stunden |

28. Was machst Du in Deiner Freizeit?

(Du kannst mehrere Antworten ankreuzen!)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sport treiben | <input type="checkbox"/> Sammeln (z.B. Telefonkarten, Ü-Eier) |
| <input type="checkbox"/> Basteln, Werken, Malen, Zeichnen | <input type="checkbox"/> Mit Tieren beschäftigen |
| <input type="checkbox"/> Mit Freunden/ Freundinnen treffen | <input type="checkbox"/> Faulenzen |
| <input type="checkbox"/> Briefe/ Tagebuch/ Geschichten schreiben | <input type="checkbox"/> Lernen für die Schule (zusätzlich zu Hausaufgaben) |
| <input type="checkbox"/> Fernsehen/ Videofilme ansehen | <input type="checkbox"/> Mit Technik (z.B. Eisenbahn) beschäftigen |
| <input type="checkbox"/> Mit dem Computer beschäftigen | <input type="checkbox"/> Musik/ Radio hören |
| <input type="checkbox"/> Bücher oder Zeitschriften lesen | <input type="checkbox"/> Mit dem Handy beschäftigen |
| <input type="checkbox"/> Musikschule, Musizieren, Singen | |

WENN ES ÄRGER GIBT...



29. Hast Du schon mal andere Kinder...? (Bitte in jeder Zeile nur ein Kreuz!)

	oft	kam schon vor	nie
Gehänselt oder verspottet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlagen oder getreten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erpresst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönliche Sachen wie Schulhefte, Schultaschen oder Kleidung kaputt gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Ist Dir selbst schon mal passiert, dass Du von anderen Kindern oder Jugendlichen... (Bitte in jeder Zeile nur ein Kreuz!)

	oft	kam schon vor	nie
Gehänselt oder verspottet wurdest.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlagen oder getreten wurdest.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erpresst wurdest.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deine persönliche Sachen wie Schulhefte, Schultaschen oder Kleidung kaputt gemacht wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



31. Kommt es vor, dass...? (Bitte in jeder Zeile nur ein Kreuz!)			
	oft	kam schon vor	nie
Du erschöpft bist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dir übel ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du Angst hast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du an Allergien leidest (z.B. Heuschnupfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du Kopfschmerzen hast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du Rückenprobleme hast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du keine Lust auf Essen hast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du Probleme mit der Konzentration hast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du nervös und unruhig bist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Kommt es vor, dass Du Angst hast vor...? (Bitte in jeder Zeile nur ein Kreuz!)					
	immer	oft	manchmal	selten	nie
Schlechten Noten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lehrern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitschülern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deinen Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DU SELBST



33. Bist Du ein...? (Bitte ankreuzen!)	
<input type="checkbox"/> Mädchen	<input type="checkbox"/> Junge

34. Wie alt bist Du? (Bitte eintragen!)	
<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Jahre

35. Wie viele Geschwister hast Du? (Bitte kreuze nur eine Antwort an!)				
<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Mehr als 3



36. Wie wohnst Du? *(Bitte kreuze nur eine Antwort an!)*

- In einem Einfamilienhaus
- In einem Mehrfamilienhaus
- In einem Hochhaus/ Wohnblock

37. Meine Mutter...

- hat eine feste Arbeit.
- arbeitet gelegentlich.
- ist Hausfrau.
- ist Rentnerin.
- ist seit Kurzem arbeitslos.
- ist schon länger arbeitslos.
- ist in Aus-/ Weiterbildung.
- Ich habe keine Mutter.

38. Mein Vater...

- hat eine feste Arbeit.
- arbeitet gelegentlich.
- ist Hausmann.
- ist Rentner.
- ist seit Kurzem arbeitslos.
- ist schon länger arbeitslos.
- ist in Aus-/ Weiterbildung.
- Ich habe keinen Vater.

39. Wo sind Du und Deine Eltern geboren? *(Bitte in jeder Spalte nur ein Kreuz!)*

- | Ich | Meine Mutter | Mein Vater |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> In Deutschland | <input type="checkbox"/> In Deutschland | <input type="checkbox"/> In Deutschland |
| <input type="checkbox"/> In einem anderen Land | <input type="checkbox"/> In einem anderen Land | <input type="checkbox"/> In einem anderen Land |
| <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht | <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht | <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht |

Klasse, fast fertig!
Nur noch einmal umblättern...



40. In welchem Stadtteil von Dresden wohnst Du?

(Bitte kreuze nur eine Antwort an!)

☞ *Wenn Du nicht in Dresden wohnst, kreuze nur die letzte Zeile an.*

<input type="checkbox"/> Altstadt	<input type="checkbox"/> Laubegast
<input type="checkbox"/> Friedrichstadt	<input type="checkbox"/> Kleinzschachwitz/ Großzschachwitz
<input type="checkbox"/> Johannstadt	<input type="checkbox"/> Reick/ Prohlis/ Niedersedlitz
<input type="checkbox"/> Äußere Neustadt	<input type="checkbox"/> Lockwitz/ Kauscha
<input type="checkbox"/> Übrige Neustadt (innere Neustadt)	<input type="checkbox"/> Leubnitz-Neuostra/ Strehlen
<input type="checkbox"/> Pieschen	<input type="checkbox"/> Südvorstadt-West/ Südvorstadt-Ost
<input type="checkbox"/> Mickten/ Trachau/ Kaditz	<input type="checkbox"/> Räcknitz-Zschertnitz/ Kleinpestitz-Mockritz
<input type="checkbox"/> Klotzsche/ Reichenberg	<input type="checkbox"/> Coschütz-Gittersee/ Plauen
<input type="checkbox"/> Weixdorf/ Langebrück	<input type="checkbox"/> Cotta/ Löbtau
<input type="checkbox"/> Loschwitz	<input type="checkbox"/> Naußlitz/ Altfranken
<input type="checkbox"/> Schönfeld-Weißig	<input type="checkbox"/> Gorbitz
<input type="checkbox"/> Blasewitz/ Striesen-Ost/ Striesen-West	<input type="checkbox"/> Briesnitz
<input type="checkbox"/> Striesen-Süd/ Gruna	<input type="checkbox"/> Cossebaude
<input type="checkbox"/> Tolkewitz/ Seidnitz	<input type="checkbox"/> Mobschatz/ Gompitz
<input type="checkbox"/> Leuben	
<input type="checkbox"/> Ich wohne nicht in Dresden, sondern außerhalb.	

Vielen Dank für Deine Hilfe!

C

OA

S

K

