

Zu Beginn kommen einige Fragen zur Schule.



1. Wie gefällt es Dir derzeit in der Schule? (Bitte kreuze nur eine Antwort an!)

- Es gefällt mir sehr gut.
- Es gefällt mir einigermaßen gut.
- Es gefällt mir nicht so gut.
- Es gefällt mir gar nicht.

2. Bitte kreuze bei jeder der folgenden Aussagen an, ob sie für Dich und Deine Schule zutreffen oder nicht! (Bitte in jeder Zeile nur ein Kreuz!)

	stimmt genau	stimmt eher	teils/ teils	stimmt eher nicht	stimmt überhaupt nicht
Die Schülerinnen und Schüler können über schulische Veranstaltungen (Projektwochen, Abschlussfest, Sportfest) mitentscheiden.	<input type="checkbox"/>				
Die Lehrerinnen und Lehrer gehen im Unterricht viel zu schnell vor, man kommt gar nicht mit.	<input type="checkbox"/>				
Die meisten Lehrerinnen und Lehrer gestalten den Unterricht abwechslungsreich.	<input type="checkbox"/>				
Für die Schule muss ich viel lernen.	<input type="checkbox"/>				
Wenn es einer Schülerin oder einem Schüler mal schlecht geht, hilft ihm jemand aus der Klasse.	<input type="checkbox"/>				
Die anderen Schülerinnen und Schüler akzeptieren mich so, wie ich bin.	<input type="checkbox"/>				
Meine Eltern fragen mich regelmäßig, wie es in der Schule gewesen ist, fragen nach meinen Hausaufgaben usw.	<input type="checkbox"/>				
Meine Eltern haben keine Zeit, mir für die Schule zu helfen.	<input type="checkbox"/>				

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

(Bitte kreuze nur eine Antwort an!)

☛ Hiermit ist zum Beispiel gemeint: 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 |

4. 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 |



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

- Unter 10 Minuten 21 - 30 Minuten Über 40 Minuten
 11 - 20 Minuten 31 - 40 Minuten

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

- Immer Oft Manchmal Selten Nie

7. 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 wird an unserer Schule nicht angeboten.

8. Bekommst Du Unterstützung bei den Schulaufgaben?

(Mehrere Antworten sind möglich!)

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

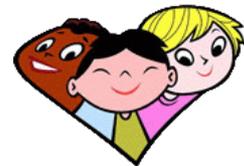
9. Gibt es an Deiner Schule folgende freiwillige Arbeitsgemeinschaften (AGs) oder Freizeitangebote und wo machst Du mit bzw. was sollte es geben?

(Bitte kreuze in jeder Zeile das Zutreffende an, dabei sind mehrere Antworten möglich!)

	Ja, gibt es.	Hier mache ich mit.	Nein, gibt es nicht.	Sollte es geben!
Chor/ Musikgruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportgruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AG Technik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AG Kunst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AG Umwelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schülerzeitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Als nächstes kommen einige Fragen zu Deiner Familie und Freunden.



10. 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"/>

11. Mit wem kannst Du über Deine Probleme offen reden?

(Mehrere Antworten sind möglich!)

<input type="checkbox"/> Mit meinem Vater	<input type="checkbox"/> Mit meinen Großeltern
<input type="checkbox"/> Mit meinem Stiefvater/ Freund der Mutter	<input type="checkbox"/> Mit anderen Verwandten
<input type="checkbox"/> Mit meiner Mutter	<input type="checkbox"/> Mit meinen Lehrern
<input type="checkbox"/> Mit meiner Stiefmutter/ Freundin des Vaters	<input type="checkbox"/> Mit Mitarbeitern im Kinder- und Jugendtreff
<input type="checkbox"/> Mit meinen Freunden	<input type="checkbox"/> Mit Leuten im Internet
<input type="checkbox"/> Mit meinen Geschwistern	<input type="checkbox"/> Mit niemandem

12. 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"/>



13. Wie reagieren deine Eltern, wenn sie sauer auf Dich sind?*(Du kannst mehrere Antworten ankreuzen!)*

	trifft zu
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"/>

14. Wie verhalten sich Deine Eltern Dir gegenüber? (Bitte in jeder Zeile nur ein Kreuz!)

	trifft immer zu	trifft manchmal zu	trifft selten zu	trifft nie zu
Meine Eltern merken mir sofort an, wenn ich Angst habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern spüren gar nicht, wenn es mir mal nicht gut geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal freuen meine Eltern sich über meine Hilfe, manchmal haben sie etwas dagegen, ohne dass ich weiß warum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern interessieren sich für meine Meinungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern zeigen mir, dass sie stolz auf mich sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. 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

16. Wenn Du das Internet nutzt... (Mehrere Antworten sind möglich!)*☞ Wenn Du das Internet nie nutzt, mache nur in der letzten Zeile ein Kreuz.*

	trifft zu
Surfst Du gemeinsam mit Deinen Eltern im Internet.	<input type="checkbox"/>
Bestimmen Deine Eltern wie lange Du surfen darfst.	<input type="checkbox"/>
Bestimmen Deine Eltern auf welchen Seiten Du surfen darfst.	<input type="checkbox"/>
Ich nutze das Internet nie.	<input type="checkbox"/>



17. Gibt es Ärger mit Deinen Eltern, wenn...? (Bitte in jeder Zeile nur ein Kreuz!)

	kommt häufig vor	kommt selten vor	kommt nie vor
Sie mit Deinem Aussehen nicht einverstanden sind (Kleidung, Körperschmuck, Frisur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du Dich mit Freunden triffst, mit denen Deine Eltern nicht einverstanden sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du spät nach Hause kommst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du viel TV siehst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du laut Musik hörst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du Deine Pflichten nicht erledigst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du lange vorm Computer oder Videospiele (z.B. PlayStation) sitzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Kommt es vor, dass Deine Eltern kein Geld haben, um... (Mehrere Antworten sind möglich!)

	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"/>

19. Wirst Du an folgenden Familienentscheidungen beteiligt? (Mehrere Antworten sind möglich!)

	Ja
Urlaub	<input type="checkbox"/>
Wochenend-Ausflüge	<input type="checkbox"/>
Anschaffung von Gebrauchsgegenständen (z.B. Computer, Möbel)	<input type="checkbox"/>
Familienfeste (z.B. Weihnachten, Geburtstag)	<input type="checkbox"/>

20. Mit wem wohnst Du zusammen? (Mehrere Antworten sind möglich!)

<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Geschwister, bitte trage ein, wie viele: <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.

21. 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



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

Nein

Ja, ein Auto

Ja, zwei oder mehr Autos

23. 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 die nicht zu Verwandten oder Bekannten gingen.

Überhaupt nicht

Einmal

Zweimal

Mehr als zweimal

24. Wie viele Computer hat Deine Familie insgesamt?

(Bitte kreuze nur eine Antwort an!)

☞ Als Computer zählen auch große und kleine Laptops oder Notebooks, aber keine Spielkonsolen (z.B. Play Station).

Keinen

Einen

Zwei

Mehr als Zwei

25. 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)

26. 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

27. Hast Du...? (Mehrere Antworten sind möglich!)

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



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

(Bitte kreuze nur eine Antwort an!)

<input type="checkbox"/> 0 Euro	<input type="checkbox"/> Bis 30 Euro	<input type="checkbox"/> Bis 60 Euro	<input type="checkbox"/> Bis 90 Euro
<input type="checkbox"/> Bis 10 Euro	<input type="checkbox"/> Bis 40 Euro	<input type="checkbox"/> Bis 70 Euro	<input type="checkbox"/> Bis 100 Euro
<input type="checkbox"/> Bis 20 Euro	<input type="checkbox"/> Bis 50 Euro	<input type="checkbox"/> Bis 80 Euro	<input type="checkbox"/> Über 100 Euro

29. 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
------------------------------------	--	--

Jetzt möchten wir von Dir einiges über Deine Wohngegend und Freizeitgestaltung erfahren.



30. Was gibt es in der näheren Umgebung Deiner Wohnung?

(Mehrere Antworten sind möglich!)

Bitte nur ankreuzen, wenn Du es zu Fuß oder mit dem Fahrrad gut erreichen kannst!

<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"/> Einkaufspassage
<input type="checkbox"/> Spielstraße	<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendtreff
<input type="checkbox"/> Sportplatz	

31. Wie häufig verbringst Du Deine Freizeit in diesen Einrichtungen?

(Bitte in jeder Zeile nur ein Kreuz!)

	fast täglich	ein- oder zweimal in der Woche	ein- oder zweimal im Monat	noch seltener	nie
Spielplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Park, Wald, Wiese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport- und Freizeitzentrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spielstraße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwimmhalle, Freibad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skaterbahn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkaufspassage/ -zentrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder- und Jugendtreff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



32. Bist Du mit den Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung in Deinem Wohngebiet zufrieden? *(Bitte kreuze nur eine Antwort an!)*

- Sehr zufrieden
- Eher zufrieden
- Teilweise zufrieden
- Eher unzufrieden
- Sehr unzufrieden

33. Welche Freizeitangebote fehlen in Deinem Wohngebiet oder sollte man verbessern?

.....

.....

.....

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

	trifft zu
Es gibt zu wenig Platz, um sich mit Freunden zu treffen.	<input type="checkbox"/>
In unserer Wohnung hört man den Verkehrslärm.	<input type="checkbox"/>
Auf dem Weg zur Schule gibt es zu viele Abgase.	<input type="checkbox"/>
In der Umgebung gibt es nicht genug Ampeln und Fußgängerüberwege, 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 wenig Kinder/ Jugendliche in meinem Alter.	<input type="checkbox"/>
In meiner Gegend gibt es zu viel Verkehr.	<input type="checkbox"/>
Es gibt zu wenig Bäume und Grünanlagen.	<input type="checkbox"/>
In meiner Gegend fürchte ich mich vor Kinder-/ Jugendbanden.	<input type="checkbox"/>

35. Wie viel freie Zeit hast Du normalerweise nach der Schule für Dich? *(Bitte kreuze nur eine Antwort an!)*

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

- Bis zu 2 Stunden
- Ungefähr 4 Stunden
- Ungefähr 6 Stunden
- Mehr als 6 Stunden

36. Wie viel davon verbringst Du normalerweise mit Freunden? *(Bitte kreuze nur eine Antwort an!)*

- Die meiste Zeit
- Mehr als die Hälfte
- Weniger als die Hälfte
- Gar keine



37. Was machst Du in Deiner Freizeit?

(Du kannst mehrere Antworten ankreuzen!)

<input type="checkbox"/> Sport treiben	<input type="checkbox"/> Sammeln (Briefmarken, Telefon-, Sammelkarten)
<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 (Autos, Eisenbahn etc.) 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	

38. Was machst Du wenn Du Dich mit dem Computer beschäftigst?

(Du kannst mehrere Antworten ankreuzen!)

☞ Wenn Du Dich nicht mit dem Computer beschäftigst, mache nur in der letzten Zeile ein Kreuz.

<input type="checkbox"/> E-Mail schreiben	<input type="checkbox"/> Lernen am Computer
<input type="checkbox"/> Online Informationen suchen ("googeln")	<input type="checkbox"/> Musik hören
<input type="checkbox"/> Chatten, in Foren schreiben, bloggen	<input type="checkbox"/> Videos anschauen
<input type="checkbox"/> Online-Spiele, Browser Games spielen (z.B. World of Warcraft)	
<input type="checkbox"/> Ich beschäftige mich nicht mit dem Computer.	

Nun kommen einige Fragen zu Problemen, die man mit Anderen oder mit seiner Gesundheit haben kann.



39. Hast Du schon mal andere Kinder oder Jugendliche...?

(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 beschädigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. 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 beschädigt wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



41. Hast Du schon...? (Bitte in jeder Zeile nur ein Kreuz!)				
	noch nie	nur einmal probiert	mache ich ab und zu	mache ich regelmäßig
Geraucht (z.B. Zigarette, Zigarillo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol getrunken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Drogen genommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Wie häufig kommt es vor, dass...? (Bitte in jeder Zeile nur ein Kreuz!)			
	oft	manchmal	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"/>

43. 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"/>				
Lehrern	<input type="checkbox"/>				
Mitschülern	<input type="checkbox"/>				
Deinen Eltern	<input type="checkbox"/>				

Abschließend haben wir noch einige allgemeine Fragen zu Dir und Deinen Eltern.



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

45. Wie alt bist Du? (Bitte eintragen!)	
<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Jahre

46. 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	



47. Wie siehst Du Dich - eher als Kind oder Jugendlicher?

(Bitte kreuze nur eine Antwort an!)

- Als Kind Als Jugendlicher Teils/ teils

48. Welchen Schulabschluss möchtest Du erreichen?

(Bitte kreuze nur eine Antwort an!)

- Abitur Realschulabschluss Hauptschulabschluss

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

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

50. 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.

51. 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.

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

Ich

- In Deutschland
 In einem anderen Land
 Weiß ich nicht

Meine Mutter

- In Deutschland
 In einem anderen Land
 Weiß ich nicht

Mein Vater

- In Deutschland
 In einem anderen Land
 Weiß ich nicht



53. 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.	

Und nun, ganz zum Schluss, noch eine allerletzte Frage:

54. Was würdest Du verändern, wenn Du Politiker oder Politikerin wärst?

.....

Vielen Dank für Deine Hilfe!

C

OA

S

K

