

Liebe Eltern,

der Ausgangspunkt unserer Untersuchung ist die Gesundheit von Kindern im Kita-Alter. Uns interessiert, inwieweit bestimmte Lebensumstände in der frühen Kindheit Hinweise darauf geben, wie sich das Kind bis zum Schuleintritt – und darüber hinaus – gesundheitlich entwickelt. Aus diesem Grund beziehen sich die nachfolgenden Fragen auf die Lebenssituation Ihres **vierjährigen Kindes**. Uns ist bewusst, dass dieser Zeitraum aufgrund der Corona-Pandemie mit vielfältigen Einschränkungen verbunden war. Das betraf auch die Kinderbetreuung in Kitas. Bitte beziehen Sie sich deshalb bei der Beantwortung der Fragen – sofern nicht ausdrücklich anders formuliert – auf die Zeiträume, in denen Ihr Kind die **Kita im Regelbetrieb** besucht hat.

Das Bearbeiten des Fragebogens dauert etwa 20 Minuten. Ihre Antworten auf die Fragen sollen Ihre eigene Meinung bzw. Ihre eigene Situation widerspiegeln – es gibt keine falschen oder richtigen Antworten. Die Teilnahme an dieser Befragung ist selbstverständlich **freiwillig und vollkommen unabhängig von der Schulaufnahmeuntersuchung**.

Vorbereitung und Hinweise zum Ausfüllen:

- Legen Sie sich bitte vor Beginn das gelbe Kinderuntersuchungsheft bereit.
- Es bietet sich an, den Fragebogen gemeinsam mit Ihrem/Ihrer Partner:in auszufüllen, da zu beiden Bezugspersonen gefragt wird.
- Bitte unterschreiben Sie die beiliegende Einwilligungserklärung.
- Bitte füllen Sie den anliegenden Fragebogen aus:

Verwenden Sie bitte einen Stift, der mit dunkler Farbe schreibt (z.B. blau/schwarz schreibender Kugelschreiber, Fineliner o.ä.)	
- Setzen Sie bitte ein Kreuz in das runde Feld mit der zutreffenden Antwort.	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
- Wenn Sie eine angekreuzte Antwort korrigieren möchten, schwärzen Sie diese bitte vollständig und kreuzen Sie die gewünschte Antwort an.	<input checked="" type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
- Schreiben Sie bitte Zahlen und Text in die vorgesehenen Kästchen bzw. auf die Linien.	<u>1</u>   <u>2</u>   bzw. <u>ABC</u>
- Wenn Sie Ihre Antwort in den Zahlen-/Textfeldern korrigieren möchten, streichen Sie diese bitte durch und schreiben Sie die geänderte Antwort daneben oder darüber.	<del>1</del>   <del>2</del>   <u>3 4</u> bzw. <del>ABC</del> xyz

Abschicken:

- Legen Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte in den **kleinen Briefumschlag** und verschließen diesen.
- Geben Sie den verschlossenen kleinen Briefumschlag zusammen mit der unterschriebenen Einwilligungserklärung bitte in den **großen Briefumschlag**.
- Bitte schicken Sie diesen bereits adressierten und vorfrankierten großen Briefumschlag ab.

Weitere Informationen zu unserm Projekt finden Sie in der beiliegenden Studieninformation.

Bei zusätzlichen Fragen zur Studie können Sie sich an die Studienkordinatorin Frau Dr. Maria Girbig wenden (Email: [maria.girbig@tu-dresden.de](mailto:maria.girbig@tu-dresden.de)).

Wir bedanken uns recht herzlich bei Ihnen für Ihre Unterstützung. Wir wünschen Ihnen alles Gute.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Andreas Seidler, MPH

Direktor Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium  
für Gesundheit

**Fragen zum Kind**

<b>K1</b> Bitte nennen Sie Monat und Jahr der Geburt Ihres Kindes	_ _     _ _ _ _
---	-----------------

<b>K2</b> Welches Geschlecht hat Ihr Kind?	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> divers
--	--

<b>K3</b> Größe und Gewicht aus U7a und U8 (Bitte tragen Sie die Daten aus dem gelben „Kinderuntersuchungsheft“ ein)				
	Monat	Jahr	Größe (cm)	Gewicht (kg)
U7a:	_ _	_ _ _ _	_ _ _	_ _   ,  _
U8:	_ _	_ _ _ _	_ _ _	_ _   ,  _

Bitte beziehen Sie sich im Folgenden auf die Zeiten, in denen weitgehend der Regelbetrieb in den Kitas stattfand.

<b>K7</b>	Denken Sie bitte an Ihr Kind <u>im Alter von 4 Jahren</u> : Wie würden Sie den Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben?
<input type="radio"/> sehr gut <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> sehr schlecht	

<b>K9</b>	Bitte beschreiben Sie die Ernährung Ihres Kindes <u>im Alter von 4 Jahren</u> : Wie oft ungefähr hat Ihr Kind die folgenden Lebensmittel in einem <u>typischen Monat zu Hause</u> gegessen oder getrunken?																																																																													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>nie/äußerst selten</th> <th>mehrmals im Monat</th> <th>wöchentlich</th> <th>mehrmals wöchentlich</th> <th>täglich</th> <th>mehrmals täglich</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Wasser, <b>ungesüßter</b> Tee</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Fruchtsäfte (100% Fruchtanteil)</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Saftschorlen (Fruchtsaft und Wasser)</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>zuckerhaltige gesüßte Getränke (z.B. Nektare, gesüßter Tee, Eistee, Softdrinks/Limonade)</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>gekochtes Gemüse</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>rohes Obst und Gemüse</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Obstmus, Smoothie, Quetschie</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Fertiggerichte (z.B. Pizza, Hamburger, Würstchen, Pommes, Tiefkühl-/Dosengerichte, Nuggets o.ä.)</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>süße Snacks (z.B. Schokolade, Fruchtgummi, Bonbons, Eis, Pudding, Kekse)</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>pikante / gesalzene Snacks (z.B. Chips, Nachos o.ä.)</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>		nie/äußerst selten	mehrmals im Monat	wöchentlich	mehrmals wöchentlich	täglich	mehrmals täglich	Wasser, <b>ungesüßter</b> Tee	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fruchtsäfte (100% Fruchtanteil)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Saftschorlen (Fruchtsaft und Wasser)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	zuckerhaltige gesüßte Getränke (z.B. Nektare, gesüßter Tee, Eistee, Softdrinks/Limonade)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	gekochtes Gemüse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	rohes Obst und Gemüse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Obstmus, Smoothie, Quetschie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fertiggerichte (z.B. Pizza, Hamburger, Würstchen, Pommes, Tiefkühl-/Dosengerichte, Nuggets o.ä.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	süße Snacks (z.B. Schokolade, Fruchtgummi, Bonbons, Eis, Pudding, Kekse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	pikante / gesalzene Snacks (z.B. Chips, Nachos o.ä.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	nie/äußerst selten	mehrmals im Monat	wöchentlich	mehrmals wöchentlich	täglich	mehrmals täglich																																																																								
Wasser, <b>ungesüßter</b> Tee	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																								
Fruchtsäfte (100% Fruchtanteil)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																								
Saftschorlen (Fruchtsaft und Wasser)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																								
zuckerhaltige gesüßte Getränke (z.B. Nektare, gesüßter Tee, Eistee, Softdrinks/Limonade)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																								
gekochtes Gemüse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																								
rohes Obst und Gemüse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																								
Obstmus, Smoothie, Quetschie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																								
Fertiggerichte (z.B. Pizza, Hamburger, Würstchen, Pommes, Tiefkühl-/Dosengerichte, Nuggets o.ä.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																								
süße Snacks (z.B. Schokolade, Fruchtgummi, Bonbons, Eis, Pudding, Kekse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																								
pikante / gesalzene Snacks (z.B. Chips, Nachos o.ä.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																								

<b>K10</b>	Sind Sie der Ansicht, dass Ihr Kind <u>im Alter von 4 Jahren</u> ...
<input type="radio"/> viel zu dünn war? <input type="radio"/> ein bisschen zu dünn war? <input type="radio"/> genau das richtige Gewicht hatte? <input type="radio"/> ein bisschen zu dick war? <input type="radio"/> viel zu dick war?	

<b>K11</b>	Erinnern Sie sich bitte einen Moment an einen <u>typischen Wochentag</u> Ihres <u>4-jährigen Kindes</u> : Wieviel Zeit hat sich Ihr Kind ungefähr an einem typischen Wochentag <u>draußen</u> bewegt? Bitte zählen Sie <b>alle</b> Zeiten mit körperlicher Aktivität im Freien über den Tag hinweg zusammen (inkl. Wegezeiten zur/von der Kita, inkl. Bewegung im Freien in der Kita).
ungefähr                       __  Stunde(n)                       __ __  Minuten	

<b>K12</b>	Wieviel Zeit hat Ihr Kind im Alter von 4 Jahren an einem <u>typischen Tag</u> am <b>Wochenende</b> <u>draußen</u> gespielt? Bitte zählen Sie <b>alle</b> Zeiten mit körperlicher Aktivität im Freien über den Tag hinweg zusammen.
ungefähr                       __  Stunde(n)                       __ __  Minuten	

<b>K13</b>	Wie lange am Tag guckte Ihr Kind <u>im Alter von 4 Jahren</u> <u>üblicherweise</u> Fernsehen / Video / DVD oder spielte Computerspiele (einschließlich Smartphone und Tablet)? Kreuzen Sie bitte eine Antwort pro Zeile an.																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Überhaupt nicht</th> <th>Weniger als 30 Min. täglich</th> <th>30 Min.-1 Std. täglich</th> <th>Ungefähr 1-2 Std. täglich</th> <th>Ungefähr 2-3 Std. täglich</th> <th>Mehr als 3 Std. täglich</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>werktags</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>samstags/sonntags</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>		Überhaupt nicht	Weniger als 30 Min. täglich	30 Min.-1 Std. täglich	Ungefähr 1-2 Std. täglich	Ungefähr 2-3 Std. täglich	Mehr als 3 Std. täglich	werktags	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	samstags/sonntags	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Überhaupt nicht	Weniger als 30 Min. täglich	30 Min.-1 Std. täglich	Ungefähr 1-2 Std. täglich	Ungefähr 2-3 Std. täglich	Mehr als 3 Std. täglich																
werktags	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																
samstags/sonntags	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																

Die Fragen K14 - K19 beziehen sich auf verschiedene Lebensbereiche Ihres Kindes, als es 4 Jahre alt war.

Kreuzen Sie bitte die Antwort an, die für Ihr Kind am besten zutrifft.

<b>K14</b>	Körperliches Wohlbefinden				
<i>Als mein Kind <u>4 Jahre alt</u> war...</i>					
... hat mein Kind sich krank gefühlt	nie	selten	manchmal	oft	immer
... hatte mein Kind Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... war mein Kind müde und schlapp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... hatte mein Kind viel Kraft und Ausdauer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>K15</b>	Seelisches Wohlbefinden				
<i>Als mein Kind <u>4 Jahre alt</u> war ...</i>					
... hat mein Kind viel gelacht und Spaß gehabt	nie	selten	manchmal	oft	immer
... hatte mein Kind zu nichts Lust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... hat mein Kind sich allein gefühlt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... hat mein Kind sich ängstlich oder unsicher gefühlt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

K16 Selbstwert					
Als mein Kind <u>4 Jahre alt</u> war ...	nie	selten	manchmal	oft	immer
... war mein Kind stolz auf sich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... fühlte mein Kind sich wohl in seiner Haut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mochte mein Kind sich selbst leiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... hatte mein Kind viele gute Ideen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

K17 Familie					
Als mein Kind <u>4 Jahre alt</u> war ...	nie	selten	manchmal	oft	immer
... hat mein Kind sich gut mit uns als Eltern verstanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... hat mein Kind sich zu Hause wohl gefühlt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... hatten wir schlimmen Streit zu Hause	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... fühlte mein Kind sich durch mich bevormundet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

K18 Freunde					
Als mein Kind <u>4 Jahre alt</u> war ...	nie	selten	manchmal	oft	immer
... hat mein Kind mit Freunden gespielt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ist mein Kind bei anderen „gut angekommen“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... hat mein Kind sich gut mit seinen Freunden verstanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... hatte mein Kind das Gefühl, dass es anders ist als die anderen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

K19 Kindergarten					
Als mein Kind <u>4 Jahre alt</u> war...	nie	selten	manchmal	oft	immer
... hat mein Kind die Aufgaben im Kindergarten gut geschafft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... hat meinem Kind der Kindergarten Spaß gemacht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... hat mein Kind sich auf den Kindergarten gefreut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... hat mein Kind bei kleineren Aufgaben viele Fehler gemacht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Fragen zu den Eltern\***

Nachfolgend möchten wir gern noch etwas über die familiäre Situation Ihres Kindes und Sie – als wichtigste Bezugspersonen – erfahren. Auch hier beziehen sich unsere Fragen wiederum auf den Zeitraum, in dem Ihr Kind 4 Jahre alt war.

**Anmerkung:** Familienkonstellationen können unterschiedlich sein. Nicht immer leben Kinder mit ihren leiblichen Eltern zusammen. Da wir aber in jedem Fall die zwei wichtigsten Bezugspersonen der Kinder erreichen möchten, ist der Begriff „Eltern\*“ entsprechend weit gefasst. Somit beziehen sich im nachfolgenden Fragebogen die Bezeichnungen „Mutter\*“ und „Vater\*“ nicht nur auf das jeweils leibliche Elternteil, sondern eben auf die beiden wichtigsten Bezugspersonen des Kindes, die somit eine Art „Elternrolle“ innehaben. Dies können z.B. neue Partner:innen der leiblichen Elternteile, ebenso sein wie Verwandte, Pflege- oder Adoptiveltern. Selbstverständlich sind auch gleichgeschlechtliche Elternpaare angesprochen. Wenn Sie alleinerziehend sind, ignorieren Sie bitte die Fragen für den entsprechend anderen Elternteil.

Bitte geben Sie an, welche Bezugspersonen Sie nachfolgend für die Begriffe „Mutter\*“ und „Vater\*“ einsetzen:

<b>Mutter*:</b> (z.B. „leibliche Mutter“, „neue Lebenspartnerin des Vaters“, „Pflegetante“, ...) _____ Geschlecht: <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> divers	<b>Vater*:</b> (z.B. „leiblicher Vater“, „neuer Lebenspartner der Mutter“, „Co-Mutter“, ...) _____ Geschlecht: <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> divers
---	---

Bitte beziehen Sie sich im Folgenden auf die Zeiten, in denen weitgehend der Regelbetrieb in den Kitas stattfand.

E1 Bei wem lebte Ihr Kind hauptsächlich <u>im Alter von 4 Jahren</u> ?			
<input type="radio"/> Eltern*	<input type="radio"/> alleinerziehender Mutter*	<input type="radio"/> alleinerziehendem Vater*	<input type="radio"/> im Wechsel bei Mutter* und Vater* (wenn diese getrennt leben)
<input type="radio"/> Verwandten	<input type="radio"/> Adoptivfamilie	<input type="radio"/> Pflegefamilie	<input type="radio"/> im Heim
<input type="radio"/> andere enge Bezugsperson(en), nämlich: _____			

E2 Sind Sie in Deutschland geboren?	
Mutter* <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein, anderes Land: _____	Vater* <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein, anderes Land: _____

Falls Sie in einem anderen Land als Deutschland geboren sind, beantworten Sie bitte Frage E3, sonst weiter mit E4.

E3 Seit wann leben Sie hauptsächlich in Deutschland?	
Mutter* seit (Jahreszahl)  __ __ __ __	Vater* seit (Jahreszahl)  __ __ __ __

E4 Welchen höchsten Schulabschluss hatten Sie, <u>als Ihr Kind 4 Jahre alt war?</u>		
<i>Bitte geben Sie pro Person nur einen Schulabschluss an.</i>		
	Mutter*	Vater*
Hauptschule/Volksschule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realschule (Mittlere Reife)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fachoberschule, Fachhochschulreife	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gymnasium, Hochschulreife	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
anderer Abschluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kein Schulabschluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
weiß nicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

E5 Welchen höchsten Berufsabschluss hatten Sie, <u>als Ihr Kind 4 Jahre alt war?</u>		
<i>Bitte geben Sie pro Person nur einen Berufsabschluss an.</i>		
	Mutter*	Vater*
Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Berufsschule, Handelsschule (beruflich-schulische Ausbildung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fachschule (z.B. Meister-Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fachhochschule, Ingenieursschule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Universität, Hochschule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kein beruflicher Abschluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
weiß nicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

E6 Welche Erwerbssituation traf auf Sie zu, <u>als Ihr Kind 4 Jahre alt war?</u>		
<i>Bitte kreuzen Sie pro Person nur eine Angabe an.</i>		
	Mutter*	Vater*
Vollzeitarbeit (mind. 30 Std. pro Woche)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teilzeitarbeit (weniger als 30 Std. pro Woche)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
beurlaubt (Mutterschutz, Elternzeit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schüler:in oder Student:in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hausfrau/Hausmann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ruhestand (auch vorzeitiger Ruhestand/Frührente)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
erwerbslos, seit weniger als einem Jahr (SGB I)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
erwerbslos, seit mehr als einem Jahr (SGB II)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dauerhaft erwerbsunfähig (SGB XII)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
anderes, und zwar: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Denken Sie bitte bei den folgenden zwei Fragen (E 10, E11) an Sport, Fitness und körperliche Aktivität in Ihrem Alltag, welche mindestens zu einem **leichten Anstieg der Atem- oder Herzfrequenz** führen (z.B. (Nordic-)Walking, Ballsport, Joggen, Fahrradfahren, Schwimmen, Aerobic, Rudern, Badminton, inkl. körperliche Aktivität, um von Ort zu Ort zu kommen).

E11 Wie viel Zeit verbrachten Sie insgesamt in einer <u>typischen</u> Woche mit Sport, Fitness oder körperlicher Aktivität in Ihrem Alltag, <u>als Ihr Kind 4 Jahre alt war?</u>			
Mutter*:	__ __  Stunde(n),  __ __  Minuten pro Woche	Vater*:	__ __  Stunde(n),  __ __  Minuten pro Woche

E12 Rauchten Sie, <u>als Ihr Kind 4 Jahre alt war</u> (auch E-Zigaretten)?	ja, täglich			ja, gelegentlich			nein		
	Mutter*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vater*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ein Glas Alkohol entspricht: 0,33 Liter Bier / 0,25 Liter Wein oder Sekt / 0,02 Liter (= 2 cl) Spirituosen

E13 <u>Als Ihr Kind 4 Jahre alt war:</u> Wie oft tranken Sie Alkohol?						
Mutter*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vater*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn Sie an einem Tag Alkohol tranken, wie viel alkoholhaltige Getränke tranken Sie dann typischerweise?						
Mutter*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vater*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie oft haben Sie an einem Tag 6 oder mehr alkoholische Getränke getrunken, <u>als Ihr Kind 4 Jahre alt war?</u>						
Mutter*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vater*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Fragen zur Covid-19-Pandemie

Bitte beziehen Sie sich im Folgenden auf **alle Phasen der Corona-Pandemie**. Was traf insgesamt betrachtet am Ehesten zu?

P3 Als wie belastend haben Sie als Familie die Covid-19-bedingten Einschränkungen erlebt? Bitte kreuzen Sie an!										
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(nicht belastend)										(extrem belastend)

Wer hat den Fragebogen ausgefüllt? \_\_\_\_\_ (z. B. Mutter, Vater, Pflegemutter etc.)

Vielen Dank für Ihre Hilfe!