

Leben in Deutschland

Befragung 2009
zur sozialen Lage
der Haushalte



Fragebogen: „Mutter und Kind“

Herzlichen Glückwunsch – noch nachträglich – zur Geburt Ihres Kindes! Für das „Leben in Deutschland“ ist die nachwachsende Generation besonders wichtig. In diesem kurzen Fragebogen geht es um Kinder, die **im Jahr 2008 oder 2009 geboren** wurden. Unsere Fragen beziehen sich auf Ihre persönlichen Erfahrungen und die Entwicklung des Kindes. Da es auch um die Schwangerschaft geht, richtet sich der Fragebogen nur an die Mütter.

Ihre Mitarbeit ist freiwillig.

Wir bitten Sie aber herzlich,

- unserem Mitarbeiter die Fragen zu beantworten
- oder den Fragebogen sorgfältig selbst auszufüllen.

A

**Bitte vor Übergabe unbedingt eintragen
lt. Adressenprotokoll:**

Nr. des Haushalts:

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Vorname der Mutter:

Bitte in Druckbuchstaben

Personen Nr.:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

1. Wie heißt Ihr neugeborenes Kind?

Vorname des Kindes:

Bitte in Druckbuchstaben

Personen Nr.:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

**2. In welchem Jahr und Monat
wurde Ihr Kind geboren?**

2008

2009

Monat:

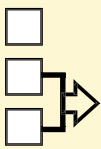
| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

3. An welchem Ort fand die Entbindung statt?

Zu Hause

Im Krankenhaus

Sonstiges



War es eine Entbindung mit Kaiserschnitt?

Ja

Nein

4. In der wievielten Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren?

In der . Woche

5. Wie groß und schwer war Ihr Kind zum Zeitpunkt der Geburt?

Geburtsgewicht in Gramm

Körpergröße in cm

Kopfumfang in cm

6. Haben Sie Ihr Kind gestillt, und wenn ja, wie lange?

Stille immer noch

Habe nur in den ersten vier Wochen gestillt

Habe länger gestillt und zwar: Monate

Nein, habe nicht gestillt

7. Gab es bei Ihrem Kind in den ersten drei Monaten nach der Geburt ernste gesundheitliche Probleme, die einen Krankenhausaufenthalt notwendig machten?

Ja => und zwar: Tage

Nein

8. Nach der Geburt erhält man ein „Kinder-Untersuchungsheft“ für ärztliche Vorsorgeuntersuchungen (U2, U3, usw.). Welche war die letzte durchgeführte Untersuchung bei Ihrem Kind?

Es wurden keine dieser Untersuchungen durchgeführt.....

9. Wurden bei Ihrem Kind Anhaltspunkte für Verzögerungen, Störungen oder Behinderungen festgestellt?

Ja, bei der "U" Untersuchung

Nein

Sie springen auf Frage 11!

Ja, bei einer anderen Untersuchung ..

10. Welche Verzögerungen, Störungen oder Behinderungen der folgenden Art wurden bei Ihrem Kind festgestellt?

Bitte alles Zutreffende ankreuzen!

Wahrnehmung (Sehen, Hören)

Motorik (Greifen, Krabbeln, Laufen)

Neurologische Störung (Krämpfe u.ä)

Sprache (Lautbildung, Spracherwerbsstörung)

Regulation (untröstbares Schreien, dauerhafte Schlaf- oder Essstörung)

Chronische Krankheit

Körperliche Behinderung

Geistige Behinderung

Sonstiges

11. Um Ihr wievielles Kind handelt es sich bei dem Neugeborenen?

Es ist das te Kind.

12. Handelt es sich um Ihr leibliches Kind?

Ja

Nein ➔

Sie springen auf Frage 15!

13. War Ihre Schwangerschaft eher ungeplant oder eher geplant?

Eher ungeplant

Eher geplant

Erfolgte mit medizinischer Unterstützung
(Hormonbehandlung, IVF)

14. Wie war Ihr körperliches und seelisches Befinden im letzten Drittel der Schwangerschaft und in den ersten drei Monaten nach der Geburt?

Sehr gut Gut Eher schlecht Sehr schlecht

Körperliches Befinden:

Im letzten Drittel der Schwangerschaft =====

In den ersten drei Monaten nach der Geburt =====

Seelisches / Psychisches Befinden:

Im letzten Drittel der Schwangerschaft =====

In den ersten drei Monaten nach der Geburt =====

15. Bedingt durch die Geburt eines Kindes verändern sich ja die Lebensumstände. Man macht neue Erfahrungen und entwickelt neue Erwartungen an die Zukunft. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

Stimme voll zu Stimme eher zu Stimme eher nicht zu Stimme gar nicht zu

Meine Lebensumstände haben sich sehr stark verändert =====

Das Aufziehen meines Kindes bereitet mir Glück und Freude =====

Ich bin oft am Ende meiner Kräfte =====

Meine Rolle als Mutter ist für mich sehr befriedigend =====

Ich fühle mich den neuen Aufgaben und Anforderungen oft nicht gewachsen =====

Ich lerne über das Kind auch andere Menschen kennen und knüpfe neue Kontakte =====

Ich leide darunter, auf meine Rolle als Mutter eingeschränkt zu sein =====

Meinem Kind viel Zärtlichkeit zu geben, ist mir sehr wichtig =====

Die Gesundheit meines Kindes macht mir Sorgen =====

16. Lebt der Vater des Kindes hier im Haushalt?

Ja Nein

17. Wie stark fühlen Sie sich von Ihrem Partner bei der Betreuung des Kindes unterstützt?

Sehr stark
 Stark
 Eher wenig
 Gar nicht Trifft nicht zu, gibt keinen Partner

18. Sind Sie selbst die Hauptbetreuungsperson Ihres Kindes?

Ja Nein

19. Wenn Sie einmal an eine normale Woche denken:

**Gibt es außer Ihnen andere Personen, die die Betreuung des Kindes zeitweise übernehmen?
 Wenn ja, welche Personen sind das und wie viele Stunden pro Woche übernehmen sie die Betreuung?**

| | Ja | Stunden | |
|--|----------------------------|--|--|
| (Ehe) Partner | <input type="checkbox"/> ⇒ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| Großeltern des Kindes | <input type="checkbox"/> ⇒ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| Ältere Geschwister des Kindes | <input type="checkbox"/> ⇒ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| Andere Verwandte | <input type="checkbox"/> ⇒ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| Tagesmutter | <input type="checkbox"/> ⇒ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| Krippe | <input type="checkbox"/> ⇒ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| Andere (z.B. Babysitter, Nachbarn) | <input type="checkbox"/> ⇒ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Nein, niemand <input type="checkbox"/> |

**20. Wie sehen Sie ihr Kind heute?
 Inwieweit treffen folgende Aussagen zu?**

| | Trifft voll zu | Trifft eher zu | Trifft eher nicht zu | Trifft gar nicht zu |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------|---------------------------|
| Mein Kind ist meist fröhlich und zufrieden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mein Kind ist leicht erregbar und weint häufig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mein Kind ist schwer zu trösten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mein Kind ist neugierig und aktiv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mein Kind ist eher zurückhaltend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Listen-Nr. Lfd. Nr. Tag Monat Abrechnungs-Nummer

Unterschrift des Interviewers