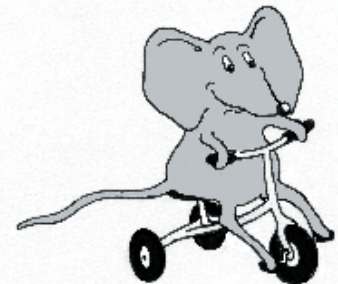


Leben in Deutschland

Befragung 2009
zur sozialen Lage
der Haushalte



Fragebogen: „Ihr Kind im Alter von 2 oder 3 Jahren“

Die ersten Lebensjahre eines Kindes sind geprägt von einer Vielfalt von Entwicklungsschritten. Für die Wissenschaft ist diese wichtige Lebensspanne von großem Interesse. In diesem kurzen Fragebogen geht es um Ihre Kinder, die **im Jahr 2006 geboren** wurden. Unsere Fragen beziehen sich auf Ihre persönlichen Erfahrungen und die Entwicklung des Kindes.

Ihre Mitarbeit ist freiwillig.

Wir bitten Sie aber herzlich,

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

B

Bitte vor Übergabe unbedingt eintragen
lt. Adressenprotokoll:

Nr. des Haushalts:

Vorname der Mutter:

Personen Nr.:

Bitte in Druckbuchstaben

1. Wie heißt Ihr Kind?

Vorname des Kindes:

Personen Nr.:

Bitte in Druckbuchstaben

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

2006

Monat:

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

Habe nur in den ersten vier Wochen gestillt

Habe länger gestillt und zwar: Monate

Nein, habe nicht gestillt

**4. Wie sehen Sie Ihr Kind heute?
Inwieweit treffen die folgenden Aussagen zu?**

Trifft voll zu Trifft eher zu Trifft eher nicht zu Trifft gar nicht zu

Mein Kind ist meist fröhlich und zufrieden

Mein Kind ist leicht erregbar und weint häufig

Mein Kind ist schwer zu trösten

Mein Kind ist neugierig und aktiv

Mein Kind ist gesprächig, redet gern

Mein Kind zeigt Mitgefühl, wenn andere traurig sind

Die Gesundheit meines Kindes macht mir Sorgen

5. Gab es bei Ihrem Kind in den letzten 12 Monaten gesundheitliche Probleme, die einen Krankenhausaufenthalt notwendig machten?

Ja ⇒ und zwar: Tage

Nein

6. Ist von einem Arzt bei Ihrem Kind einmal eine der folgenden Erkrankungen oder Störungen festgestellt worden?

☞ Bitte alles Zutreffende ankreuzen!

Asthma

Chronische Bronchitis

Spastische / akute Bronchitis

Pseudokrupp / Kruppsyndrom

Mittelohrentzündung

Heuschnupfen

Neurodermitis

Fehlsichtigkeit (z.B. Schielen)

Schwerhörigkeit

Ernährungsstörungen

Störungen der Motorik, des Bewegungsapparates

Sonstige Störungen / Behinderungen ⇒ und zwar:

Nein, nichts davon

7. Wie sind gegenwärtig Größe und Gewicht Ihres Kindes?

Gewicht in Kilogramm

Körpergröße in cm

8. 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"/>	
Vater des Kindes (falls nicht im Haushalt)	<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 (<u>außer</u> Haus)	<input type="checkbox"/> =>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Kinderfrau (in Ihrem Haushalt)	<input type="checkbox"/> =>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Krippe, Kindergarten, Kindertageseinrichtung ...	<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"/>

9. Wie oft haben Sie oder die Hauptbetreuungsperson in den letzten 14 Tagen gemeinsam mit Ihrem Kind folgende Aktivitäten ausgeführt?

Täglich Mehrmals die Woche Mindestens einmal die Woche Gar nicht

(Vor-)Singen von Kinderliedern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spaziergänge an der frischen Luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malen oder Basteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschichten vorlesen oder erzählen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilderbücher anschauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zum Spielplatz gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besuch bei anderen Familien mit Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit dem Kind einkaufen gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammen Fernsehen/Video ansehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Darf Ihr Kind schon alleine, also ohne Erwachsene, Fernsehen oder Video schauen?

Ja und zwar Stunden pro Woche

Nur selten, ausnahmsweise ...

Nein, grundsätzlich nicht

11. Wie würden Sie Ihr Kind im Vergleich zu Kindern gleichen Alters beurteilen?

Je weiter links Sie Ihr Kreuz machen, um so mehr trifft die linke Eigenschaft zu, je weiter rechts Sie Ihr Kreuz machen, um so mehr trifft die rechte Eigenschaft zu!

Mein Kind ...

ist eher schüchtern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist eher kontaktfreudig
ist eher konzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist eher leicht ablenkbar
ist eher trotzig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist eher folgsam
begreift eher schnell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	braucht mehr Zeit

12. Für Eltern ist es immer ein großes Erlebnis, wenn das Kind schon wieder etwas Neues kann. Bitte geben Sie an, welche Dinge das bei Ihrem Kind sind.

Ja Teilweise Nein

Sprechen:

- Versteht kurze Anweisungen, wie z.B. "hole deine Schuhe"
- Bildet Sätze mit mindestens zwei Wörtern
- Spricht in ganzen Sätzen (mit vier oder mehr Wörtern)
- Hört einer Geschichte 5 Minuten oder länger aufmerksam zu
- Überbringt einfache Nachrichten wie z.B "Essen ist fertig"

Alltagsfertigkeiten:

- Isst selbständig mit dem Löffel, ohne zu kleckern
- Putzt sich selbst die Nase
- Benützt für "großes Geschäft" die Toilette
- Zieht sich Hosen und Unterhosen selbst richtig herum an
- Putzt sich selbst die Zähne

Bewegung:

- Läuft Treppen vorwärts hinunter
- Öffnet Türen mit Türklinke
- Klettert auf Klettergerüste und andere hohe Spielgeräte
- Schneidet mit einer Schere Papier durch
- Malt auf Papier erkennbare Formen

Soziale Beziehungen:

- Nennt vertraute Personen beim Namen; sagt z.B. "Mama", "Papa" oder verwendet den Vornamen des Vaters
- Nimmt an Spielen mit anderen Kindern teil
- Beschäftigt sich mit Rollenspielen ("tun als ob")
- Zeigt eine Vorliebe für bestimmte Spielgefährten oder Freunde
- Benennt eigene Gefühle, z.B. "traurig", "freuen", "Angst"

13. Sprechen Sie oder andere Haushaltsmitglieder mit Ihrem Kind nur Deutsch oder auch in einer anderen Sprache?

Nur in Deutsch

Auch in einer anderen Sprache ... →

Nur in der anderen Sprache →

und zwar:

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

Unterschrift des Interviewers