

Leben in Deutschland

Befragung 2004
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 2003 oder 2004 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.

Bitte vor Übergabe unbedingt eintragen
lt. Adressenprotokoll:

Nr. des Haushalts:

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

Personen Nr.:

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

Vorname der Mutter:

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

Bitte in Druckbuchstaben

1. **Wie heißt Ihr neugeborenes Kind?**

Vorname des Kindes:

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

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

| | | | |
|--|--|-----|--|
| | | 200 | |
|--|--|-----|--|

Monat

Jahr

3. An welchem Ort fand die Entbindung statt?

Zu Hause

Im Krankenhaus.....

Sonstiges

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

U

Es wurden keine dieser Untersuchungen durchgeführt.....

7. Wurden bei Ihrem Kind Verzögerungen, Störungen oder Behinderungen der folgenden Art festgestellt?

☞ Bitte alles Zutreffende ankreuzen!

Ja:

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

Nein, nichts davon

8. Wie oft haben Sie in den ersten drei Monaten nach der Geburt wegen gesundheitlicher Probleme des Kindes ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

mal

☞ (Falls Sie es nicht mehr genau wissen, schätzen Sie bitte.)

Gar nicht

9. 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

10. Um Ihr wieviertes Kind handelt es sich bei dem Neugeborenen?

Es ist das te Kind.

11. Handelt es sich um Ihr leibliches Kind?

Ja
↓

Nein..... ➔

Sie springen auf Frage **14!**

12. War Ihre Schwangerschaft eher ungeplant oder eher geplant?

Eher ungeplant

Eher geplant

Erfolgte mit medizinischer Unterstützung
(Hormonbehandlung, IVF)

13. Wie war Ihr körperliches und seelisches Befinden im letzten Drittel der Schwangerschaft, während der Geburt 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

14. 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.....

15. Lebt der Vater des Kindes hier im Haushalt?

Ja

Nein

16. 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

17. Sind Sie selbst die Hauptbetreuungsperson Ihres Kindes?

Ja

Nein

**18. 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 viel Stunden pro Woche übernehmen sie die Betreuung?**

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

**19. 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 |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------|---------------------------|
| Die Gesundheit meines Kindes macht mir Sorgen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> |

| | | | | | | | |
|-------------|----------|-----|-------|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
| Listen- Nr. | Lfd. Nr. | Tag | Monat | | | | |

| | | | | | | | |
|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
| Abrechnungs-Nummer | | | | | | | |

| |
|-------------------------------|
| |
| Unterschrift des Interviewers |