

Leben in Deutschland

Befragung 2005
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 2002 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.

Bitte vor Übergabe unbedingt eintragen
lt. Adressenprotokoll:

Nr. des Haushalts:

--	--	--	--	--	--	--

Vorname der Mutter:

Bitte in Druckbuchstaben

Personen Nr.:

--	--

1. Wie heißt Ihr Kind?

Vorname des Kindes:

Bitte in Druckbuchstaben

Personen Nr.:

--	--

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

2002

Monat:

--	--

**3. 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	<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 gesprächig, redet gern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind zeigt Mitgefühl, wenn andere traurig sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Gesundheit meines Kindes macht mir Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Ja ⇒ und zwar: Tage
 Nein

5. Mussten Sie in den letzten 3 Monaten wegen gesundheitlicher Probleme Ihres Kindes einen Arzt aufsuchen oder rufen?

Ja ⇒ und zwar: mal
 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
- Nein, nichts davon

⇒ und zwar:

7. Wie sind gegenwärtig Gewicht und Größe 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 (außer 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	Mehr- mals die Woche	Mindes- tens 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 allein, also ohne Erwachsene, Fernsehen oder Video anschauen?

Ja

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"/> <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"/> <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ist eher fügsam
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"/> <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