

# Leben in Deutschland

Befragung 2005  
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 2004 oder 2005 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:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Vorname der Mutter:

Personen Nr.:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

*Bitte in Druckbuchstaben*

1. Wie heißt Ihr neugeborenes Kind?

Vorname des Kindes:

Personen Nr.:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

*Bitte in Druckbuchstaben*

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

2004.....

2005 ....

Monat: 

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

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 ärztliche Vorsorgeuntersuchungen (U2, U3, usw.). Welche war die letzte durchgeführte Untersuchung bei Ihrem Kind?

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?

 Falls Sie es nicht mehr genau wissen, schätzen Sie bitte!

mal 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 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 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"/>	
Anderer 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"/>	
Anderer (z.B. Babysitter, Nachbarn) .....	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nein, niemand ..... <input type="checkbox"/>

19. 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
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