

1596²⁰²⁶

SOEP Survey Papers
Series A – Survey Instruments (Erhebungsinstrumente)

SOEP-Core – 2024: Die verstorbene Person, Stichproben A-R+M1-M2+M7

infas

Running since 1984, the German Socio-Economic Panel (SOEP) is a wide-ranging representative longitudinal study of private households, located at the German Institute for Economic Research, DIW Berlin.

The aim of the SOEP Survey Papers Series is to thoroughly document the survey's data collection and data processing. The SOEP Survey Papers is comprised of the following series:

Series A – Survey Instruments (Erhebungsinstrumente)
Series B – Survey Reports (Methodenberichte)
Series C – Data Documentation (Datendokumentationen)
Series D – Variable Descriptions and Coding
Series E – SOEPmonitors
Series F – SOEP Newsletters
Series G – General Issues and Teaching Materials

The SOEP Survey Papers are available at <http://www.diw.de/soepsurveyspapers>

Editors:

Dr. Jan Goebel, DIW Berlin
Dr. Christian Hunkler, DIW Berlin
Prof. Dr. Philipp Lersch, DIW Berlin and Humboldt-Universität zu Berlin
Dr. Levent Neyse, DIW Berlin and Berlin Social Science Center (WZB)
Prof. Dr. Carsten Schröder, DIW Berlin and Freie Universität Berlin
Prof. Dr. Sabine Zinn, DIW Berlin and Humboldt-Universität zu Berlin

Please cite this paper as follows:

infas, 2026. SOEP-Core – 2024: Die verstorbene Person, Stichproben A-R+M1-M2+M7. SOEP Survey Papers 1596: Series A – Survey Instruments (Erhebungsinstrumente). Berlin: DIW Berlin/SOEP

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License.
© 2026 by SOEP

ISSN: 2193-5580 (online)

DIW Berlin
German Socio-Economic Panel (SOEP)
Anton-Wilhelm-Amo-Straße 58
10117 Berlin
Germany

soeppapers@diw.de

SOEP-Core – 2024: Die verstorbene Person, Stichproben A-R+M1-M2+M7

infas

2026

Fragebogen

Verstorbene Personen

Liebe Studienteilnehmerin, lieber Studienteilnehmer,

Als Erstes möchten wir – das Team „Leben in Deutschland“ – Ihnen unser aufrichtiges Bedauern über den Verlust Ihres Angehörigen zum Ausdruck bringen.

Für viele Menschen ist es schwer, über das Thema Sterben und Tod mit fremden Menschen zu sprechen. Da aber in der Wissenschaft viel zu wenig über dieses Thema bekannt ist, bitten wir Sie, hierzu einige Fragen zu beantworten. Wir würden gerne etwas mehr zum letzten Lebensabschnitt der verstorbenen Person erfahren.

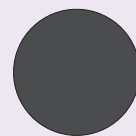
Darum bitten wir Sie herzlich, diesen Fragebogen sorgfältig selbst auszufüllen.

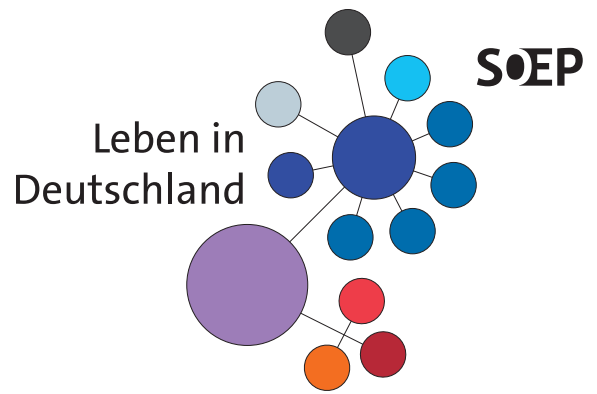
Dieser Fragebogen ist auszufüllen von
(*ggf. von der Interviewerin/vom Interviewer auszufüllen*):

Vorname:

<Vorname>

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen nur aus, wenn Sie im Fragebogen „Personen“ dazu aufgefordert werden.





Fragebogen

Verstorbene Personen

Alternativ zu diesem schriftlichen Fragebogen können Sie auch online teilnehmen.


Bitte geben Sie hierzu folgende Adresse in Ihrem Internetbrowser ein:

<LinkCAWI>

Ihr persönlicher Zugangscode lautet:

<PWD-CAWI>

Falls Sie den Fragebogen online ausgefüllt haben, brauchen Sie uns diesen schriftlichen Fragebogen nicht zurückschicken.

 Falls eine Interviewerin/ein Interviewer vor Ort, bitte angeben:

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

LFD

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

Interviewernummer

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

Datum (Tag . Monat . Jahr)

infas

infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH

Postfach 240101
53154 Bonn
Tel. 0800/66 77 876
LiD@infas.de
www.leben-in-deutschland.de

7710/VP/2024

<LFD/Personen-Nr>

<Barcode>

Wie ist der Fragebogen auszufüllen?

Kreuzen Sie bitte die jeweilige Antwortmöglichkeit, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft, in dem dazu vorgesehenen Kästchen an. Sollten Sie sich bei einer Antwort geirrt haben, so streichen Sie dieses Kästchen bitte deutlich durch und kreuzen die für Sie richtige Antwort an.

Beispiel:

Ja

Nein

Wenn die erste, nun ausgestrichene Antwort doch wieder als die richtige Antwort kenntlich gemacht werden soll, muss das Kästchen mit dem zweiten falschen Kreuz ebenfalls ausgestrichen werden und dafür das erste ausgestrichene Kästchen umkreist werden.

Beispiel:

Ja

Nein


Achten Sie bitte beim Ausfüllen jeweils auf die Hinweise bei einzelnen Fragen:

Beispiel:

 Bitte machen Sie nur eine Angabe.

Handelt es sich um ein Freitextfeld, machen Sie bitte Ihre Angaben in Druckbuchstaben im dafür vorgesehenen Bereich:

Beispiel:

Land: 

Manchmal werden auch Zahlenangaben erfragt.

Tragen Sie diese bitte rechtsbündig in den dafür vorgesehenen Bereich ein:

Beispiel:

Anzahl:

Falls Sie bestimmte Fragen überspringen sollen, werden Sie speziell darauf hingewiesen:

Beispiel:

Ja → Bitte weiter mit Frage 11

Bitte darauf achten:

 nur einen schwarzen Stift verwenden, um den Fragebogen auszufüllen.

 dass die Angaben gut lesbar sind.

 und dass die Angaben innerhalb der Kästchen sind.


Dadurch wird unsere Arbeit sehr erleichtert. Vielen Dank!

Weitere Informationen

Bei Fragen zum Ausfüllen des Fragebogens oder zur Teilnahme an der Studie können Sie sich gerne zu den üblichen Bürozeiten unter der kostenfreien Telefonnummer 0800/66 77 876 an infas wenden.



Nutzen Sie bei Rückfragen auch unsere Mailadresse LiD@infas.de und wir werden Ihnen umgehend antworten. Besuchen Sie für weitere Informationen zu der Studie auch gerne die Homepage bei infas unter www.leben-in-deutschland.de

1 Bitte geben Sie den Vornamen, das Geburtsdatum und das Geschlecht der verstorbenen Person an:


 Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen spaltenweise, also zuerst alle Fragen für die 1. verstorbene Person, danach für die 2. verstorbene Person usw.

	1. verstorbene Person:	2. verstorbene Person:	3. verstorbene Person:
Vorname:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtstag und -monat:	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>
Geburtsjahr:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Geschlecht:			
Männlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiblich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Divers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 In welchem Verwandtschaftsverhältnis standen Sie zu der verstorbenen Person?			
Der / die Verstorbene war...			
... meine Mutter / mein Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... meine Ehe-/Lebenspartnerin oder mein Ehe-/Lebenspartner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... meine Tochter / mein Sohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... eine andere Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ und zwar:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 Wie alt war Ihr(e) Angehörige(r), als er / sie verstarb?			
Jahre	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4 Hat der / die Verstorbene hier im Haushalt gelebt?			
Ja	<input type="checkbox"/> → Frage 9	<input type="checkbox"/> → Frage 9	<input type="checkbox"/> → Frage 9
Nein	<input type="checkbox"/> → Frage 5	<input type="checkbox"/> → Frage 5	<input type="checkbox"/> → Frage 5
5 Wissen Sie, ob der / die Verstorbene jemals an der Studie „Leben in Deutschland“ teilgenommen hat?			
Ja, hat teilgenommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, hat nicht teilgenommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>




 *Vornamen der verstorbenen Personen bitte zuerst aus Frage 1 übertragen:*

	1. verstorbene Person:	2. verstorbene Person:	3. verstorbene Person:
Vorname:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6 In welchem häuslichen Umfeld hat der / die Verstorbene während des letzten Lebensjahres vorwiegend gelebt?			
 <i>Bitte machen Sie nur eine Angabe.</i>			
Allein im eigenen Haushalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammen mit Ehe-/Lebenspartnerin oder Ehe-/Lebenspartner im eigenen Haushalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammen mit sonstigen Familienangehörigen in Privathaushalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In einer seniorengerechten Wohnanlage (z.B. „betreutes Wohnen“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In einem Alten- / Pflegeheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In einer Klinik, in einem Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges Umfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Wo hat der / die Verstorbene gelebt?			
 <i>Bitte machen Sie nur eine Angabe.</i>			
Hier im Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Nachbarschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In näherer Entfernung, das heißt, innerhalb von einer Stunde zu Fuß erreichbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiter entfernt in Deutschland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Ausland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 *Vornamen der verstorbenen Personen bitte zuerst aus Frage 1 übertragen:*

	1. verstorbene Person:	2. verstorbene Person:	3. verstorbene Person:
Vorname:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8 Während der letzten zwölf Monate ihres / seines Lebens: wie oft hatten Sie da in der Regel persönlichen Kontakt zu dem / der Verstorbenen, sei es durch Besuche, telefonisch oder schriftlich?			
Täglich oder fast täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindestens einmal in der Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindestens einmal im Monat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seltener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Wo ist Ihr Angehöriger / Ihre Angehörige verstorben?			
 <i>Bitte machen Sie nur eine Angabe.</i>			
Zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In einem anderen privaten Haushalt als dem eigenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In einem Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In einem Alten- / Pflegeheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In einem Hospiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An einem anderen Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


 *Vornamen der verstorbenen Personen bitte zuerst aus Frage 1 übertragen:*

	1. verstorbene Person:	2. verstorbene Person:	3. verstorbene Person:
Vorname:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10 Können Sie uns bitte sagen, was die Todesursache war?			
 <i>Bitte geben Sie alles Zutreffende an.</i>			
Ein Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine schwere Infektionskrankheit (z.B. Lungenentzündung, Grippe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheit des Magen-Darm-Traktes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Atemwegserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Unfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Ursache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 und zwar:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Hatte der / die Verstorbene vorsorglich eines oder mehrere der folgenden Dokumente hinterlegt?			
 <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile Angaben.</i>			
Ein Testament, einen letzten Willen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Eine Patientenverfügung (mit Angaben über mögliche Krankheitsbehandlungen)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Eine Vorsorgevollmacht (z.B. für den Fall eines Verlustes der Einwilligungsfähigkeit)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Eine Sterbeverfügung (z.B. mit Angaben zur Bestattung)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/>

☞ *Vornamen der verstorbenen Personen bitte zuerst aus Frage 1 übertragen:*

	1. verstorbene Person:	2. verstorbene Person:	3. verstorbene Person:
Vorname:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12 Hatte der / die Verstorbene unter schwerwiegenden Einschränkungen der geistigen Leistungsfähigkeit (z.B. Gedächtnisverlust) gelitten?			
Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Wie gut würden Sie den Gesundheitszustand der verstorbenen Person etwa drei Monate vor dem Tod beschreiben?			
Sehr gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zufriedenstellend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weniger gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 War der / die Verstorbene etwa drei Monate vor dem Tod hilfe- oder pflegebedürftig?			
Ja	<input type="checkbox"/> → Frage 15	<input type="checkbox"/> → Frage 15	<input type="checkbox"/> → Frage 15
Nein	<input type="checkbox"/> → Frage 16	<input type="checkbox"/> → Frage 16	<input type="checkbox"/> → Frage 16

 *Vornamen der verstorbenen Personen bitte zuerst aus Frage 1 übertragen:*

	1. verstorbene Person:	2. verstorbene Person:	3. verstorbene Person:
Vorname:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15 Bei welchen der folgenden Tätigkeiten brauchte der / die Verstorbene Hilfe?			
 <i>Bitte geben Sie alles Zutreffende an.</i>			
Brauchte Hilfe bei ...			
... Besorgungen und Erledigungen außer Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Haushaltsführung, Versorgung mit Mahlzeiten und Getränken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... einfacheren Pflegetätigkeiten, z.B. Hilfe beim An- und Auskleiden, Waschen, Kämmen, Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... schwierigeren Pflegetätigkeiten, z.B. Hilfe beim Umbetten, Stuhlgang usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nichts davon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

☞ *Vornamen der verstorbenen Personen bitte zuerst aus Frage 1 übertragen:*

Vorname:

1. verstorbene Person:	2. verstorbene Person:	3. verstorbene Person:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

16 Denken Sie bitte einmal an die Zeit bevor Ihr Angehöriger / Ihre Angehörige verstarb. Was meinen Sie: Wie zufrieden war er oder sie, alles in allem, mit seinem oder ihrem damaligen Leben?

☞ *Antworten Sie bitte anhand der folgenden Skala, bei der „0“ Ganz und gar unzufrieden, „10“ Ganz und gar zufrieden bedeutet.*

Ganz und gar unzufrieden

	Etwa ein Jahr vor dem Tod		Etwa drei Monate vor dem Tod		Etwa ein Jahr vor dem Tod		Etwa drei Monate vor dem Tod	
0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>

Ganz und gar zufrieden

17 Zum Schluss eine Frage an Sie persönlich: In welchem Umfang hat sich Ihr Leben durch den Tod Ihres Angehörigen verändert?

☞ *Bitte machen Sie nur eine Angabe.*

Ich muss mein Leben ganz neu ordnen

Einige Dinge ändern sich nun in meinem Leben

In meinem Leben ändert sich dadurch eher nichts

A Bitte machen Sie zum Abschluss noch die folgenden Angaben.

Was ist Ihr Geburtsdatum?

Tag		Monat		Jahr					

B Sind Sie ...

- ... männlich
- ... weiblich
- ... divers

C Wann waren Sie mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens fertig?

Datum:

--	--

 .

--	--

 . Uhrzeit:

--	--

 :

--	--

Tag Monat Stunde Minute

D Wie lange hat es in etwa gedauert, diesen Fragebogen auszufüllen?

--	--	--

 Minuten

E Waren beim Ausfüllen des Fragebogens weitere Personen anwesend?

 Bitte geben Sie alles Zutreffende an.

- Ja, Ehe-/Lebenspartnerin oder Ehe-/Lebenspartner
- Ja, eine andere Person, die hier im Haushalt lebt
- Ja, eine andere Person, die nicht hier im Haushalt lebt
- Nein
- Bitte weiter mit Frage F**
- Ende**

F Hat Sie eine der oben genannten Personen beim Ausfüllen des Fragebogens gestört?

- Ja
- Nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Bitte übergeben Sie den ausgefüllten Fragebogen an unsere Interviewerin / unseren Interviewer oder schicken Sie ihn im beiliegenden portofreien Rückumschlag an infas:

infas Institut für angewandte
Sozialwissenschaft GmbH
Postfach 24 01 01
53154 Bonn

