

1197²⁰²²

SOEP Survey Papers
Series A – Survey Instruments (Erhebungsinstrumente)

SOEP-Core – 2021: Die verstorbene Person, Altstichproben

infas

Running since 1984, the German Socio-Economic Panel study (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. Carina Cornesse, DIW Berlin and University of Bremen

Dr. Jan Goebel, DIW Berlin

Prof. Dr. Cornelia Kristen, University of Bamberg and DIW Berlin

Prof. Dr. Philipp Lersch, DIW Berlin and Humboldt-Universität zu Berlin

Prof. Dr. Carsten Schröder, DIW Berlin and Freie Universität Berlin

Prof. Dr. Jürgen Schupp, DIW Berlin and Freie Universität Berlin

Prof. Dr. Sabine Zinn, DIW Berlin and Humboldt-Universität zu Berlin

Please cite this paper as follows:

infas, 2022. SOEP-Core – 2021: Die verstorbene Person, Altstichproben. SOEP Survey Papers 1197: Series A – Survey Instruments (Erhebungsinstrumente). Berlin: DIW Berlin/SOEP



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License.

© 2022 by SOEP

ISSN: 2193-5580 (online)

DIW Berlin
German Socio-Economic Panel (SOEP)
Mohrenstr. 58
10117 Berlin
Germany

soeppapers@diw.de

SOEP-Core – 2021: Die verstorbene Person, Altstichproben

infas

2022

Die Variablennamen in diesem Dokument gehören zur Datensätzen, die unter [doi:10.5684/soep.core.v38eu](https://doi.org/10.5684/soep.core.v38eu) veröffentlicht wurden.

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

- unserem Mitarbeiter / unserer Mitarbeiterin das Interview zu gewähren
- oder den Fragebogen sorgfältig selbst auszufüllen.

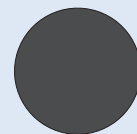
Dieser Fragebogen ist auszufüllen von

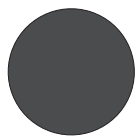
(ggf. vom Interviewer auszufüllen):

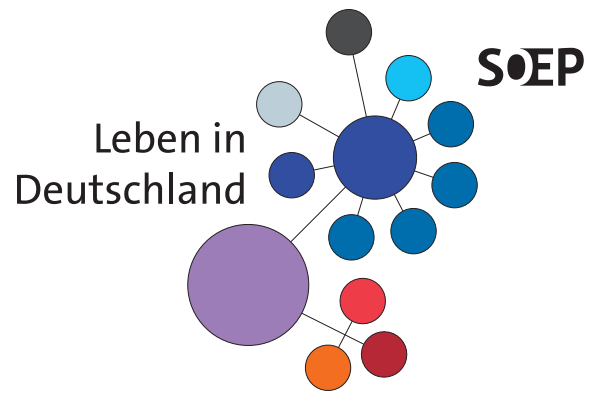
Vorname:

<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:

Ihr persönlicher Zugangscode lautet:

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



infas

infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH

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

7701/VP/2021

<LFD/Personen-Nr>

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:

 *Bitten 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:

vname_1_1
vname_1_2
vname_1_3
vgebta_1
vgebta_2
vgebta_3
dl003_1
dl003_2
dl003_3
dl002_1
dl002_2
dl002_3
sexn_1
sexn_2
sexn_3

 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"/>	<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	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Weiblich	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Divers	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2 In welchem Verwandtschaftsverhältnis standen Sie zu der verstorbenen Person?			
Der / die Verstorbene war...			
... meine Mutter / mein Vater	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
... mein Ehepartner / Lebenspartner	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
... meine Tochter / mein Sohn	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
... eine andere Person	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <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	1 <input type="checkbox"/> → Frage 9	1 <input type="checkbox"/> → Frage 9	1 <input type="checkbox"/> → Frage 9
Nein	2 <input type="checkbox"/> → Frage 5	2 <input type="checkbox"/> → Frage 5	2 <input type="checkbox"/> → Frage 5
5 Wissen Sie, ob der / die Verstorbene jemals an der Studie „Leben in Deutschland“ teilgenommen hat?			
Ja, hat teilgenommen	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Nein, hat nicht teilgenommen	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Weiß nicht	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

dl004_1
dl004_2
dl004_3
vfams0_1
vfams0_2
vfams0_3

dl005_1
dl005_2
dl005_3

dl006_1
dl006_2
dl006_3

dl007_1
dl007_2
dl007_3

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


vname_2_1
vname_2_2
vname_2_3

Vorname:

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

6 In welchem häuslichen Umfeld hat der / die Verstorbene während des letzten Lebensjahres vorwiegend gelebt?


dl008_1
dl008_2
dl008_3

 *Bitte machen Sie nur eine Angabe.*

Allein im eigenen Haushalt	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Zusammen mit Ehe- / Lebenspartner im eigenen Haushalt	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Zusammen mit sonstigen Familienangehörigen in Privathaushalt	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
In einer seniorengerechten Wohnanlage (z.B. „betreutes Wohnen“)	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
In einem Alten- / Pflegeheim	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
In einer Klinik, in einem Krankenhaus	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Sonstiges Umfeld	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

7 Wo hat der / die Verstorbene gelebt?

dl009_1
dl009_2
dl009_3

 *Bitte machen Sie nur eine Angabe.*

Hier im Haus	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
In der Nachbarschaft	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
In näherer Entfernung, das heißt, innerhalb von einer Stunde zu Fuß erreichbar	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Weiter entfernt in Deutschland	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Im Ausland	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

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

vname_3_1
vname_3_2
vname_3_3

Vorname:

1. verstorbene Person:	2. verstorbene Person:	3. verstorbene Person:
<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?

dl010_1
dl010_2
dl010_3

Täglich oder fast täglich	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Mindestens einmal in der Woche	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Mindestens einmal im Monat	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Seltener	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Gar nicht	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

9 Wo ist Ihr Angehöriger / Ihre Angehörige verstorben?

dl011_1
dl011_2
dl011_3

 *Bitte machen Sie nur eine Angabe.*

Zu Hause	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
In einem anderen privaten Haushalt als dem eigenen	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
In einem Krankenhaus	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
In einem Alten- / Pflegeheim	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
In einem Hospiz	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
An einem anderen Ort	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Weiß nicht	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

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

vname_4_1
vname_4_2
vname_4_3

	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?

dl012_1
dl012_2
dl012_3
dl013_1
dl013_2
dl013_3
dl014_1
dl014_2
dl014_3
dl015_1
dl015_2
dl015_3
dl016_1
dl016_2
dl016_3
dl017_1
dl017_2
dl017_3
dl018_1
dl018_2
dl018_3
dl019_1
dl019_2
dl019_3
dl020_1
dl020_2
dl020_3
vurs10_1
vurs10_2
vurs10_3
dl021_1
dl021_2
dl021_3

 *Bitte geben Sie alles Zutreffende an.*

	1	1	1
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:

Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

11 Hatte der / die Verstorbene vorsorglich eine oder mehrere der folgenden Dokumente hinterlegt?

dl022_1
dl022_2
dl022_3
dl023_1
dl023_2
dl023_3
dl024_1
dl024_2
dl024_3
dl025_1
dl025_2
dl025_3

 *Bitte machen Sie in jeder Zeile Angaben.*

Ein Testament, einen letzten Willen	Ja 1 <input type="checkbox"/>	Ja 1 <input type="checkbox"/>	Ja 1 <input type="checkbox"/>
	Nein 2 <input type="checkbox"/>	Nein 2 <input type="checkbox"/>	Nein 2 <input type="checkbox"/>
	Weiß nicht 3 <input type="checkbox"/>	Weiß nicht 3 <input type="checkbox"/>	Weiß nicht 3 <input type="checkbox"/>
Eine Patientenverfügung (mit Angaben über mögliche Krankheitsbehandlungen)	Ja 1 <input type="checkbox"/>	Ja 1 <input type="checkbox"/>	Ja 1 <input type="checkbox"/>
	Nein 2 <input type="checkbox"/>	Nein 2 <input type="checkbox"/>	Nein 2 <input type="checkbox"/>
	Weiß nicht 3 <input type="checkbox"/>	Weiß nicht 3 <input type="checkbox"/>	Weiß nicht 3 <input type="checkbox"/>
Eine Vorsorgevollmacht (z.B. für den Fall eines Verlustes der Einwilligungsfähigkeit)	Ja 1 <input type="checkbox"/>	Ja 1 <input type="checkbox"/>	Ja 1 <input type="checkbox"/>
	Nein 2 <input type="checkbox"/>	Nein 2 <input type="checkbox"/>	Nein 2 <input type="checkbox"/>
	Weiß nicht 3 <input type="checkbox"/>	Weiß nicht 3 <input type="checkbox"/>	Weiß nicht 3 <input type="checkbox"/>
Eine Sterbeverfügung (z.B. mit Angaben zur Bestattung)	Ja 1 <input type="checkbox"/>	Ja 1 <input type="checkbox"/>	Ja 1 <input type="checkbox"/>
	Nein 2 <input type="checkbox"/>	Nein 2 <input type="checkbox"/>	Nein 2 <input type="checkbox"/>
	Weiß nicht 3 <input type="checkbox"/>	Weiß nicht 3 <input type="checkbox"/>	Weiß nicht 3 <input type="checkbox"/>

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

vname_5_1
vname_5_2
vname_5_3

Vorname:

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

12 Hatte der / die Verstorbene unter schwerwiegenden Einschränkungen der geistigen Leistungsfähigkeit (z.B. Gedächtnisverlust) gelitten?

dI026_1
dI026_2
dI026_3

	1. verstorbene Person:	2. verstorbene Person:	3. verstorbene Person:
Ja	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Nein	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Weiß nicht	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

13 Wie gut würden Sie den Gesundheitszustand der verstorbenen Person etwa drei Monate vor dem Tod beschreiben?

dI027_1
dI027_2
dI027_3

	1. verstorbene Person:	2. verstorbene Person:	3. verstorbene Person:
Sehr gut	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Gut	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Zufriedenstellend	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Weniger gut	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Schlecht	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

14 War der / die Verstorbene etwa drei Monate vor dem Tod hilfe- oder pflegebedürftig?

dI028_1
dI028_2
dI028_3

	1. verstorbene Person:	2. verstorbene Person:	3. verstorbene Person:
Ja	1 <input type="checkbox"/> → Frage 15	1 <input type="checkbox"/> → Frage 15	1 <input type="checkbox"/> → Frage 15
Nein	2 <input type="checkbox"/> → Frage 16	2 <input type="checkbox"/> → Frage 16	2 <input type="checkbox"/> → Frage 16

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


vname_6_1
vname_6_2
vname_6_3

Vorname:

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

15 Bei welchen der folgenden Tätigkeiten brauchte der / die Verstorbene Hilfe?

dl029_1
dl029_2
dl029_3
dl030_1
dl030_2
dl030_3
dl031_1
dl031_2
dl031_3
dl032_1
dl032_2
dl032_3
vhil5_1
vhil5_2
vhil5_3

 *Bitte geben Sie alles Zutreffende an.*

Brauchte Hilfe bei ...

... Besorgungen und Erledigungen außer Haus

... Haushaltsführung, Versorgung mit Mahlzeiten und Getränken

... einfacheren Pflegetätigkeiten, z.B. Hilfe beim An- und Auskleiden, Waschen, Kämmen, Rasieren

... schwierigeren Pflegetätigkeiten, z.B. Hilfe beim Umbetten, Stuhlgang usw.

Nichts davon

1	1	1
<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"/>

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


vname_7_1
vname_7_2
vname_7_3

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?

d1034_1
d1034_2
d1034_3
d1035_1
d1035_2
d1035_3

 *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?

d1036_1
d1036_2
d1036_3

 *Bitte machen Sie nur eine Angabe.*

Ich muss mein Leben ganz neu ordnen

1

1

1

Einige Dinge ändern sich nun in meinem Leben

2

2

2

In meinem Leben ändert sich dadurch eher nichts

3

3

3

A Wann waren Sie mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens fertig?

datt, datm
datst, datmi

Datum: . Uhrzeit: :
Tag Monat Stunde Minute

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

dauer2

Minuten

C Waren beim Ausfüllen des Fragebogens weitere Personen anwesend?

anw1
anw2
anw3
anw4

 Bitte geben Sie alles Zutreffende an.

1

Ja, mein Ehepartner / 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 D**
→ **Ende**

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

abl

Ja 1

Nein 2

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

