

DIW Berlin / SOEP (Ed.)

**Research Report**

## SOEP-RS FiD 2013 - Erhebungsinstrumente 2013 von 'Familien in Deutschland': Elternfragebogen 3: "Für alle Kinder des Jahrgangs 2010"

SOEP Survey Papers, No. 212

**Provided in Cooperation with:**

German Institute for Economic Research (DIW Berlin)

*Suggested Citation:* DIW Berlin / SOEP (Ed.) (2014) : SOEP-RS FiD 2013 - Erhebungsinstrumente 2013 von 'Familien in Deutschland': Elternfragebogen 3: "Für alle Kinder des Jahrgangs 2010", SOEP Survey Papers, No. 212, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/100682>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*

## SOEP Survey Papers

Series A - Survey Instruments (Erhebungsinstrumente)

SOEP – The German Socio-Economic Panel Study at DIW Berlin

2014

# SOEP-RS FiD 2013 – Erhebungsinstrumente 2013 von 'Familien in Deutschland': Elternfragebogen 3: „Für alle Kinder des Jahrgangs 2010“

TNS Infratest Sozialforschung

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 Documentations (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/soepsurveypapers>

**Editors:**

Prof. Dr. Gert G. Wagner, DIW Berlin and Technische Universität Berlin

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

Please cite this paper as follows:

TNS Infratest Sozialforschung. 2014. SOEP-RS FiD 2013 – Erhebungsinstrumente 2013 von 'Familien in Deutschland': Elternfragebogen 3: „Für alle Kinder des Jahrgangs 2010“. SOEP Survey Papers 212: Series A. Berlin: DIW/SOEP

ISSN: 2193-5580 (online)

Contact: DIW Berlin  
SOEP  
Mohrenstr. 58  
10117 Berlin

Email: [soeppapers@diw.de](mailto:soeppapers@diw.de)

**TNS INFRATEST SOZIALFORSCHUNG**

**SOEP-RS FiD 2013 –  
ERHEBUNGSINSTRUMENTE 2013 VON 'FAMILIEN  
IN DEUTSCHLAND': ELTERNFRAGEBOGEN 3:  
„FÜR ALLE KINDER DES JAHRGANGS 2010“**

*München, 2013*

*Reprint 2014*



# Familien in Deutschland

Befragung 2013



## Elternfragebogen 3: „Für alle Kinder des Jahrgangs 2010“

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 Kinder, **die im Jahr 2010 geboren** sind. 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.

# 3

**Bitte vor Übergabe unbedingt eintragen**  
**lt. Adressenprotokoll:**

Nr. des Haushalts:

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

Vorname der Mutter/des Vaters:

Person Nr.:

--	--

*Bitte in Druckbuchstaben*

**1. Wie heißt das Kind?**

Vorname des Kindes:

Person Nr.:

--	--

*Bitte in Druckbuchstaben*

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

2010 .....

Monat:.....

3. Um Ihr wievielttes Kind handelt es sich bei diesem Kind?

Es ist das  Kind.

4. Handelt es sich um Ihr leibliches Kind?

Ja..... Nein.....

5. Auch wenn es schon etwas länger her ist, denken Sie einmal an den gesamten Zeitraum seit der Geburt des Kindes bis jetzt: Inwieweit stimmen Sie heute 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.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Aufziehen des Kindes bereitet mir Glück und Freude.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin oft am Ende meiner Kräfte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Rolle als Mutter/Vater ist für mich sehr befriedigend.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich den Aufgaben und Anforderungen oft nicht gewachsen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lerne über das Kind auch andere Menschen kennen und knüpfe neue Kontakte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide darunter, auf meine Rolle als Mutter/Vater eingeschränkt zu sein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dem Kind viel Zärtlichkeit zu geben ist mir sehr wichtig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Wurde das Kind gestillt, und wenn ja, wie lange?

Wurde nur in den ersten vier Wochen gestillt.....  
 Wurde länger gestillt, und zwar: ..... Monate  
 Nein, wurde nicht gestillt .....

7. Wurden bei Ihrem Kind bei der letzten, einer früheren "U"- Untersuchung oder anderen Untersuchung Anhaltspunkte für Verzögerungen, Störungen oder Behinderungen festgestellt?

Ja, bei einer "U" - Untersuchung ..... → und zwar **erstmal**s bei:    
 Ja, bei einer anderen Untersuchung .....  
 Nein .....

8. Welche war die letzte der sogenannten "U"- Untersuchungen die bei dem Kind durchgeführt wurde?

Es wurde keine dieser Untersuchungen durchgeführt.....

**Ihr Kind heute.**

**9. Wie sind gegenwärtig Größe und Gewicht des Kindes?**

Körpergröße in cm

Gewicht in Kilogramm

**10. Gab es bei dem Kind in den letzten 12 Monaten gesundheitliche Probleme, die einen Krankenhausaufenthalt notwendig machten?**

Ja.....  ⇒ und zwar:  Tage

Nein.....

**11. Mussten Sie in den letzten 3 Monaten wegen gesundheitlicher Probleme des Kindes einen Arzt aufsuchen oder rufen?**

Ja.....  ⇒ und zwar:  mal

Nein.....

**12. Ist von einem Arzt bei dem Kind einmal eine der folgenden Erkrankungen oder Störungen festgestellt worden?**

☞ Bitte alles Zutreffende ankreuzen!

Asthma .....

Chronische Bronchitis .....

Spastische/akute Bronchitis .....

Pseudokrapp/Kruppsyndrom.....

Mittelohrentzündung.....

Heuschnupfen .....

Neurodermitis .....

Fehlsichtigkeit (z. B. Schielen) .....

Schwerhörigkeit.....

Ernährungsstörungen.....

Störungen der Motorik, des Bewegungsapparates .

Sonstige Störungen/Behinderungen .....

⇒ und zwar:

Nein, nichts davon.....

**13. Wie würden Sie das Kind im Vergleich zu anderen 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"/> =	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"/> =	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"/> =	ist eher folgsam
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"/> =	braucht mehr Zeit

14. Lebt der leibliche Vater und die leibliche Mutter des Kindes hier im Haushalt?

Nein .....    
    
 Ja .....   Weiter mit Frage 18!

15. Wie häufig sehen sich das Kind und sein Vater/seine Mutter?

Täglich .....    
 Jede Woche .....    
 14-tägig .....    
 Jeden Monat .....    
 Seltener .....    
 Nie .....   Weiter mit Frage 17!

16. Wie lange dauert typischerweise solch ein Treffen zwischen dem Kind und dem leiblichen Vater/der leiblichen Mutter?



 Bitte geben Sie die Dauer der Treffen in ganzen Tagen oder in Stunden an!

oder    
 Tage                      Stunden





17. Wie eng ist die Beziehung zwischen Ihnen und dem leiblichen Vater/der leiblichen Mutter des Kindes?

Sehr eng .....    
 Eng .....    
 Mittel .....    
 Nur flüchtig .....    
 Überhaupt keine Beziehung .....

18. Wird das Kind bereits regelmäßig oder zeitweise in einer Kinderkrippe, Kindertageseinrichtung oder durch eine Tagesmutter/Tagespflege betreut?

Ja .....    
    
 Nein .....   Weiter mit Frage 23!

und zwar:

Regelmäßig in einer Kindertageseinrichtung oder einer Kinderkrippe .....   und zwar    
 Zeitweise in einer Kindertageseinrichtung oder einer Kinderkrippe .....   Stunden pro Tag   
 Regelmäßig durch eine Tagesmutter/Tagespflege .....   und zwar    
 Zeitweise durch eine Tagesmutter/Tagespflege .....   Stunden pro Tag

19. Wann haben Sie das Kind zum ersten Mal in eine Kinderkrippe, Kindertageseinrichtung oder zu einer Tagesmutter/Tagespflege gegeben?

Monat                      Jahr




20. Wie wichtig waren folgende Gründe für die Betreuung?

	Ganz und gar unwichtig	Eher unwichtig	Eher wichtig	Äußerst wichtig
Ich habe eine Erwerbstätigkeit aufgenommen bzw. wieder aufgenommen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe meine Erwerbstätigkeit ausgeweitet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine berufliche Ausbildung, Weiterbildung oder ein Studium aufgenommen bzw. fortgesetzt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erhoffte mir einen positiven Einfluss auf die Entwicklung des Kindes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte mehr Zeit für kulturelle, politische oder sportliche Aktivitäten oder mehr Freizeit haben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Gründe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


und  
zwar:

21. Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Merkmalen der Betreuung in der Kindertageseinrichtung/ im Kindergarten oder bei der Tagesmutter/Tagespflege?

 Bitte verwenden Sie Werte von 0 für „ganz und gar unzufrieden“ bis 10 „ganz und gar zufrieden“ und stufen Sie Ihre Einschätzung mit den Werten dazwischen ab.

Wie zufrieden sind Sie in Bezug auf ...	ganz und gar unzufrieden	ganz und gar zufrieden
die Größe der Gruppe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
die Anzahl von Betreuungspersonen in der Gruppe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
die Öffnungszeiten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
die anfallenden Kosten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Aktivitäten und Lernangebote für die Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
den flexiblen Umgang mit unvorhergesehenen Situationen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
die Möglichkeiten der Elternbeteiligung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
den Umgang der Erzieher/-innen mit dem Kind .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
den Kontakt der Erzieher/-innen mit den Eltern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

**22. Wenn Sie sich einmal an die Eingewöhnung Ihres Kindes in die KiTa zurückerinnern, was war für Ihr Kind problematisch oder unproblematisch?**

 Bitte verwenden Sie Werte von 1 für „sehr problematisch“ bis 7 „unproblematisch“ und stufen Sie Ihre Einschätzung mit den Werten dazwischen ab.

	sehr problematisch				unproblematisch		
	1	2	3	4	5	6	7
Das Zusammensein mit anderen Kindern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Beziehung zu den Erziehern/Erzieherinnen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Trennung von zu Hause .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Umstellung auf einen festen Tagesrhythmus .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Weiter mit Frage 25!*

**23. Es gibt verschiedene Gründe, warum Eltern ihre Kinder ausschließlich zu Hause und nicht in einer Einrichtung oder durch eine Tagesmutter/Tagespflege betreuen lassen. Welche der folgenden Gründe treffen auf Sie zu?**

	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
Weil ich das Kind noch für zu jung halte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil ich das Kind selber erziehen möchte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil ich sowieso zu Hause bin und die Betreuung übernehmen kann .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegen der zu hohen Kosten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil ich für das Kind keinen Platz bekommen habe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil die Entfernung zu groß ist .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil die Öffnungszeiten für mich nicht passen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil es zu aufwendig ist, das Kind jeden Tag hinzubringen und abzuholen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil das Kind eine chronische Krankheit oder Behinderung hat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil das Kind möglichst viel Zeit mit den Geschwistern verbringen soll.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**24. Sind Sie schon in Bezug auf eine zukünftige Betreuung des Kindes aktiv geworden?**

 Bitte alles Zutreffende ankreuzen!

Ja, stehe bereits auf der Warteliste einer Kindertagesstätte/Kinderkrippe, eines Kindergartens.....	<input type="checkbox"/>
Ja, habe Kontakt zu Tagesmüttern/Tagespflege aufgenommen .....	<input type="checkbox"/>
Ja, habe Kontakt mit dem Jugendamt/einer amtlichen Stelle aufgenommen .....	<input type="checkbox"/>
Ja, sonstige Aktivität.....	<input type="checkbox"/>
Nein, suche zwar noch nicht, habe mir aber schon konkrete Gedanken dazu gemacht .....	<input type="checkbox"/>
Nein, das lasse ich einfach auf mich zukommen .....	<input type="checkbox"/>
Nein, ich möchte mein Kind generell nicht von Einrichtungen oder Personen außerhalb der Familie betreuen lassen .....	<input type="checkbox"/>

25. 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 pro Woche
(Ehe-)Partner/in.....	<input type="checkbox"/> ⇒	<input style="width: 80px; height: 25px;" type="text"/>
Vater/Mutter des Kindes (falls nicht im Haushalt)....	<input type="checkbox"/> ⇒	<input style="width: 80px; height: 25px;" type="text"/>
Großeltern des Kindes .....	<input type="checkbox"/> ⇒	<input style="width: 80px; height: 25px;" type="text"/>
Ältere Geschwister des Kindes .....	<input type="checkbox"/> ⇒	<input style="width: 80px; height: 25px;" type="text"/>
Andere Verwandte.....	<input type="checkbox"/> ⇒	<input style="width: 80px; height: 25px;" type="text"/>
Kinderfrau (in Ihrem Haushalt) .....	<input type="checkbox"/> ⇒	<input style="width: 80px; height: 25px;" type="text"/>
Andere (z. B. Babysitter, Nachbarn) .....	<input type="checkbox"/> ⇒	<input style="width: 80px; height: 25px;" type="text"/>
Nein, keine Person .....	<input type="checkbox"/>	

26. Wie zufrieden sind Sie mit der Betreuungssituation des Kindes insgesamt?

☞ Antworten Sie bitte wieder anhand der folgenden Skala,  
 bei der "0" ganz und gar **unzufrieden**, "10" ganz und gar **zufrieden** bedeutet.

<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"/>	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ganz und gar <b>unzufrieden</b>											ganz und gar <b>zufrieden</b>

27. Wie oft haben Sie oder Ihr/e Partner/in in den letzten 14 Tagen gemeinsam mit dem Kind folgende Aktivitäten ausgeführt?

	Täglich	Mehr- mals die Woche	Einmal die Woche	Seltener	Gar nicht
(Vor-)Singen von Kinderliedern .....	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Malen oder Basteln .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschichten vorlesen oder erzählen					
– in deutscher Sprache .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– in anderer Sprache .....	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Auf den Spielplatz gehen .....	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Mit dem Kind einkaufen gehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammen Fernsehen/Video/DVD ansehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Kleine Kinder verhalten sich unterschiedlich und beherrschen in verschiedenartiger Weise Fertigkeiten. Wir möchten von Ihnen gerne wissen, wie das bei diesem Kind ist und was es üblicherweise tut. Es gibt keine falschen oder richtigen Antworten. Die „beste“ Antwort ist immer die, die das Kind am besten beschreibt.

tut es      tut es  
                 teilweise      tut es  
                                         nicht

**Sprechen:**

Versteht kurze Anweisungen, wie z. B. „Hole deine Schuhe!“ .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bildet Sätze mit mindestens zwei Wörtern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spricht in ganzen Sätzen (mit vier oder mehr Wörtern) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folgt Anweisungen, die es fünf Minuten zuvor gehört hat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nennt seinen Vor- und Nachnamen, wenn es danach gefragt wird .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überbringt einfache Nachrichten wie z. B. „Essen ist fertig!“ .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hört in der Regel einer Geschichte mindestens 15 Minuten aufmerksam zu .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Alltagsfertigkeiten:**

Isst selbstständig mit dem Löffel, ohne zu kleckern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Putzt sich selbst die Nase .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzt für „großes Geschäft“ die Toilette .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zieht sich Hosen und Unterhosen selbst richtig herum an.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Putzt sich selbst die Zähne .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Macht Druckknöpfe selbst zu .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeckt normalerweise Mund und Nase, wenn es hustet oder niest.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bewegung:**

Läuft Treppen vorwärts hinunter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öffnet Türen mit Türklinke .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klettert auf Klettergerüste und andere hohe Spielgeräte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schneidet mit einer Schere Papier durch.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malt auf Papier erkennbare Formen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Springt ohne Schwierigkeiten auf einem Fuß vorwärts .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hält Stifte richtig (nicht mit der Faust), um zu schreiben oder zu zeichnen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

tut es      tut es      tut es  
 teilweise      nicht

**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“ .....  .....  .....
- Benutzt Worte, um Freude oder Sorge um andere auszudrücken (z. B. sagt „Ja! Du hast gewonnen!“; „Ist alles in Ordnung?“) .....  .....  .....
- Wechselt sich mit anderen beim Spielen ab, ohne darum gebeten zu werden .....  .....  .....

**29. Darf das Kind schon alleine, also ohne Erwachsene, Fernsehen, Video oder DVD schauen?**

- Ja .....  und zwar  Stunden pro Woche
- Nur selten, ausnahmsweise .....
- Nein, grundsätzlich nicht .....

**30. Wie sehen Sie das Kind heute? Inwieweit treffen die folgenden Aussagen zu?**

	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
Das Kind ist meist fröhlich und zufrieden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Kind ist leicht erregbar und weint häufig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Kind ist schwer zu trösten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Kind ist neugierig und aktiv .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Kind ist gesprächig, redet gern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Kind zeigt Mitgefühl, wenn andere traurig sind .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Gesundheit des Kindes macht mir Sorgen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**31. Sprechen Sie oder andere Haushaltsmitglieder mit dem Kind nur Deutsch oder auch in einer anderen Sprache?**

- Nur Deutsch .....
- Auch in einer anderen Sprache .....  und zwar:
- Nur in der anderen Sprache .....

**32. Verbringt das Kind bereits alleine Zeit bei seinen Freunden zum Spielen?**

- Ja, täglich .....
- Ja, mehrmals die Woche .....
- Ja, mindestens einmal die Woche .....
- Seltener .....
- Nein, überhaupt nicht .....

**Sonstige Hinweise:**

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

**Listen-Nr.**

**Lfd. Nr.**

**Tag**

**Monat**

**Abrechnungs-Nummer**

**Unterschrift des Interviewers**