

Erziehungsfragebogen

9. Welle

| | |
|---|--|
| Abrechnungsnummer | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Welle | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Listennummer | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Laufende Nummer | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Haushaltsnummer | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Kindernummer | <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"/> |
| <u>Ausgefüllt von:</u> | |
| Befragungsperson | <input type="text"/> |
| Partner der Befragungs- person | <input type="text"/> |

Dieser Fragebogen bezieht sich auf das Kind mit dem Namen _____

Im folgenden Fragebogen wird zur Vereinfachung die Formulierung "mein Kind" bzw. "Ihr Kind" verwendet. Bitte fühlen Sie sich mit dieser Formulierung auch angesprochen, wenn es sich bei dem Kind nicht um Ihr leibliches Kind handelt, sondern um das Kind Ihres Partners bzw. ein Pflege- oder Adoptivkind.

Vielen Dank, dass Sie an unserer Studie zu Beziehungs- und Familienentwicklung teilnehmen. Im Weiteren möchten wir Ihnen gerne einige Fragen zu Ihrem Kind und Ihrer Beziehung zu Ihrem Kind stellen.

Viel Spaß beim Ausfüllen des Fragebogens!

Eltern-Kind-Beziehung

1. Wie häufig kommen folgende Dinge zwischen Ihnen und Ihrem Kind vor?

| | Nie | Selten | Manch- mal | Oft | Sehr oft |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Sie zeigen Ihrem Kind mit Worten und Gesten, dass Sie es gerne haben. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Wenn Ihr Kind neue Freunde hat, unterhalten Sie sich mit ihm über diese Freunde. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Sie sorgen dafür, dass Ihr Kind seine Sachen in Ordnung hält. ... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Sie kritisieren Ihr Kind. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Sie schwächen eine Bestrafung ab oder heben sie vorzeitig auf. ... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Sie trösten Ihr Kind, wenn es traurig ist. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Sie haben klare Regeln und Vorschriften, wie sich Ihr Kind zu verhalten hat. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Sie übertragen Ihrem Kind Aufgaben im Haushalt. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Wenn Ihr Kind außer Haus ist, wissen Sie genau, wo es ist. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Es fällt Ihnen schwer, in Ihrer Erziehung konsequent zu sein. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Sie schreien Ihr Kind an, wenn es etwas falsch gemacht hat. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Wenn Ihr Kind unterwegs war, fragen Sie nach, was es getan und erlebt hat. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Es gibt Tage, an denen Sie strenger sind als an anderen. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Sie beschimpfen Ihr Kind, wenn Sie wütend auf es sind. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Wenn Ihr Kind neue Freunde hat, lernen Sie sie auch bald kennen. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Sie achten darauf, dass Ihr Kind sich zuverlässig um seine Aufgaben für die Schule kümmert. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Sie drohen Ihrem Kind eine Strafe an, strafen es dann aber doch nicht. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Sie loben Ihr Kind. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

2. Jetzt geht es darum, wie Ihr Kind ist und wie es ihm geht. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten 6 Monaten.

| | Trifft nicht zu | Trifft teilweise zu | Trifft eindeutig zu |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Rücksichtsvoll | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Einzelgänger; spielt meistens alleine | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Im Allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Ständig zappelig | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Leicht ablenkbar, unkonzentriert | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Lieb zu jüngeren Kindern | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Lügt oder mogelt häufig | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Wird von anderen gehänselt oder schikaniert | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Denkt nach, bevor er/sie handelt | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

Elternrolle

3. Wie fühlen Sie sich in der Elternrolle? Wie sehr treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

| | Trifft überhaupt nicht zu | | | Trifft voll und ganz zu | |
|---|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| Wenn mein Kind nicht gehorcht und etwas Verbotenes tut, will es mich ärgern. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Wenn es Probleme in der Erziehung gibt, liegt das an meinem Kind. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ich denke, wenn mein Kind sich falsch verhält, macht es das mit Absicht. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

Eltern-Kind-Beziehung und Erziehung

4. Wie häufig kommen folgende Dinge vor?

| | Nie | Selten | Manch- mal | Häufig | Immer |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Ihr Kind erzählt Ihnen, was es beschäftigt. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Die Dinge, die Ihr Kind tut, werden von Ihnen anerkannt. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ihr Kind bringt Sie dazu, dass Sie sich nach ihm richten. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Sie und Ihr Kind sind ärgerlich oder wütend aufeinander. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Sie zeigen Ihrem Kind, dass Sie es gut finden. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Sie und Ihr Kind sind unterschiedlicher Meinung und streiten sich. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ihr Kind setzt sich durch, wenn Sie sich nicht einigen können. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ihr Kind teilt mit Ihnen seine Gefühle und Gedanken. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

**5. Egal, welche Schule Ihr Kind gerade besucht und wie gut die Noten sind:
Welchen Schulabschluss wünschen Sie sich für Ihr Kind?**

- Hauptschulabschluss ☐ 1
- Realschulabschluss/Mittlere Reife ☐ 2
- (Fach-)Abitur ☐ 3
- Schule ohne Abschluss verlassen ☐ 4

**6. Und wenn Sie einmal an alles denken, was Sie jetzt wissen: Mit welchem
Schulabschluss wird Ihr Kind wohl tatsächlich die Schule verlassen?**

- Hauptschulabschluss ☐ 1
- Realschulabschluss/Mittlere Reife ☐ 2
- (Fach-)Abitur ☐ 3
- Schule ohne Abschluss verlassen ☐ 4

**7. Was glauben Sie, wie wahrscheinlich ist es, dass Ihr Kind später auf die
Universität/(Fach-)Hochschule gehen wird?**

- Sehr wahrscheinlich ☐ 1
- Etwas wahrscheinlich ☐ 2
- Nicht sehr wahrscheinlich ☐ 3
- Überhaupt nicht wahrscheinlich ☐ 4

**8. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Ihr Kind später auf die Universität/(Fach-)Hochschule
gehen wird?**

**Überhaupt
nicht
wichtig**

**Sehr
wichtig**

☐ 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5

Schulische und außerschulische Aktivitäten

Frage 9 bis 11 richten sich an Befragte, deren Kind zur Schule geht. Wenn Ihr Kind (noch) nicht zur Schule geht, gehen Sie bitte direkt zu Frage 12.

9. Wie oft machen Sie selbst oder ein anderes Familienmitglied bei Ihnen zu Hause die folgenden Dinge mit Ihrem Kind?

| Ich selbst | | | | | | | Ein anderes Familienmitglied | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| Täglich | Mehrals pro Woche | 1-2 mal pro Woche | 1-2 mal pro Monat | Seltener | Nie | | Täglich | Mehrals pro Woche | 1-2 mal pro Woche | 1-2 mal pro Monat | Seltener | Nie | |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | Ihrem Kind bei Dingen helfen, die er/sie für die Schule machen muss | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | Ihr Kind fragen, was er/sie in der Schule gelernt hat | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | Überprüfen, ob Ihr Kind seine/ihre Hausaufgaben gemacht hat | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | |
| Es gibt keine Hausaufgaben | | | | | | <input type="checkbox"/> ₉ | | | | | | | |

10. Wie oft machen Sie selbst oder ein anderes Familienmitglied Folgendes?

| Ich selbst | | | | Der andere (leibliche) Elternteil | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Regelmäßig | Ab und zu | Selten | Nie | | Regelmäßig | Ab und zu | Selten | Nie |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | Die Schule zu besonderen Anlässen besuchen (Schulfest etc.) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | An Elternabenden/Informationsabenden teilnehmen | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | An Elternsprechtagen teilnehmen | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | Direkt mit dem Lehrer/der Lehrerin über das Kind sprechen | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | Die Schule bei besonderen Anlässen unterstützen (indem Sie z.B. Essen oder Getränke beisteuern oder Ausflüge begleiten) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |

11. Hat Ihr Kind in den vergangenen 12 Monaten an einer der folgenden Fördermaßnahmen teilgenommen?

| | Ja, gele- gent- lich | Ja, regelmäßig über mehr als 3 Monate | Nein | Nichts davon |
|---|---------------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| Förderkurse/Stützkurse (in der Schule) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₋₂ |
| Förderunterricht für Leistungsstarke (in der Schule) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | |
| Bezahlte Nachhilfestunden | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | |
| Professionelle Hausaufgabenbetreuung | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | |
| Sonstige Lernförderung (außerhalb der Schule) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | |

12. Hat Ihr Kind in den vergangenen 12 Monaten (außerhalb des regulären Schulunterrichts) an einer oder mehreren der folgenden Aktivitäten teilgenommen?

| | Ja | Nein | Nichts davon |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| Sportverein oder Sportgruppe | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₋₂ |
| Musikschule, Musikunterricht, Orchester oder Chor | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | |
| Tanzverein, Ballettschule oder Tanzgruppe | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | |
| Theatergruppe | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | |
| Foto- oder Filmgruppe | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | |
| Computerclub oder -kurs | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | |
| Sprachkurs oder Sprachferien | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | |
| Mal-, Kunst- oder Gestaltungskurs | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | |
| Pfadfinder oder Ähnliches | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | |
| Kirchliche oder religiöse Gruppe | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | |
| Heimat- oder Trachtenverein | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | |
| Ehrenamtsgruppen oder Gruppen von Hilfsdiensten (z.B. Feuerwehr, THW) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | |
| Sonstiger Verein oder Gruppe, und zwar: | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | |

- 13. Wenn Ihr Kind solche Angebote (Fördermaßnahmen und Freizeitangebote) in Anspruch nimmt oder genommen hat, bitte schätzen Sie:
Wie viel kosten diese Angebote insgesamt bzw. haben sie gekostet?**

Regelmäßige Ausgaben: Euro pro Monat

Einmalige oder unregelmäßige Ausgaben: Euro pro Jahr

Die Angebote sind/waren kostenfrei ☐ 0

Ich weiß über solche Angelegenheiten
nicht Bescheid ☐ 9

Körperliche Entwicklung

Abschließend noch einige Fragen zur körperlichen Entwicklung Ihres Kindes.

- 14. Wie groß ist Ihr Kind?**
Wenn Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie bitte.

cm

- 15. Wie viel wiegt Ihr Kind gegenwärtig?**
Wenn Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie bitte.

kg

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!