



# Es geht los.

1.) Ich bin  männlich  weiblich und  Jahre alt.

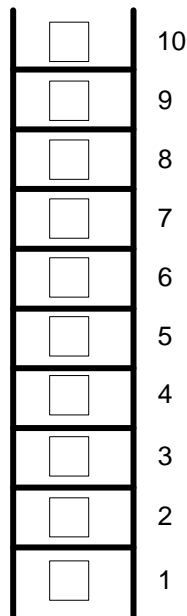
2.) Welche Sprache wird bei dir zu Hause **vor allem** gesprochen?

Deutsch  Türkisch  Arabisch

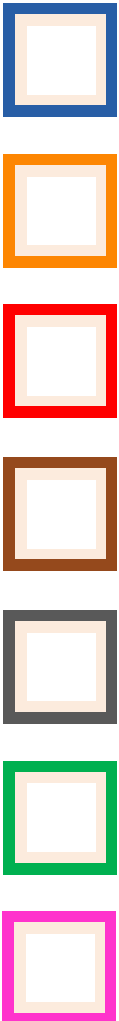
Polnisch  Russisch  Andere:

3.) Stell dir eine Leiter mit zehn Sprossen vor, die zeigen soll, wo die **Menschen in Deutschland** stehen. Wo würdest du deine Familie auf dieser Leiter platzieren?

Das meiste Geld,  
die besten Jobs,  
die höchste Bildung



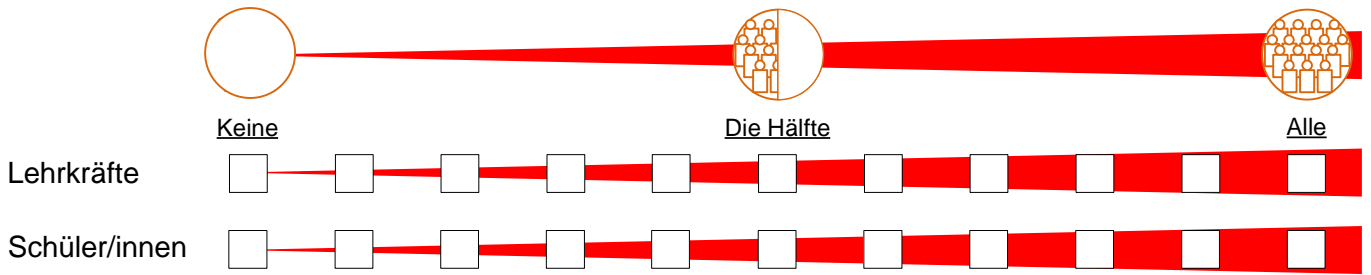
Das wenigste Geld,  
die schlechtesten Jobs,  
die niedrigste Bildung



4.) Was schätzt du: Wie viele der Personen deiner Schule rauchen in ihrer Freizeit?

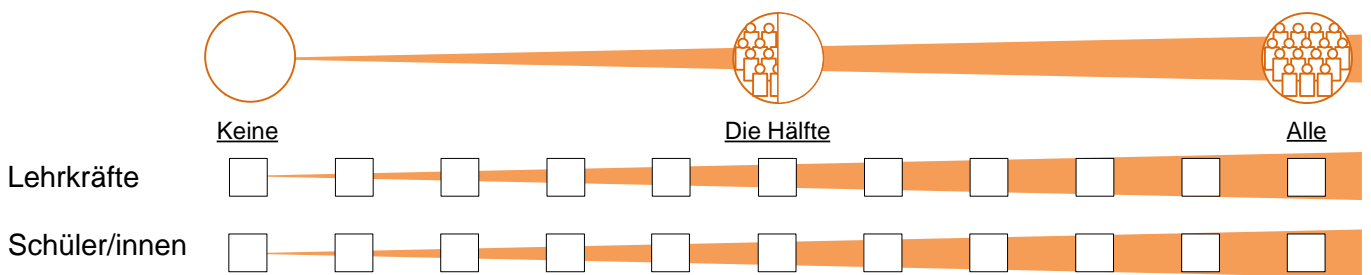
Dazu zählt z. B. auch die Pause in der Schulzeit.

(Es geht bei dieser Frage nicht nur um Personen, die du kennst, sondern um alle Personen an deiner Schule.)

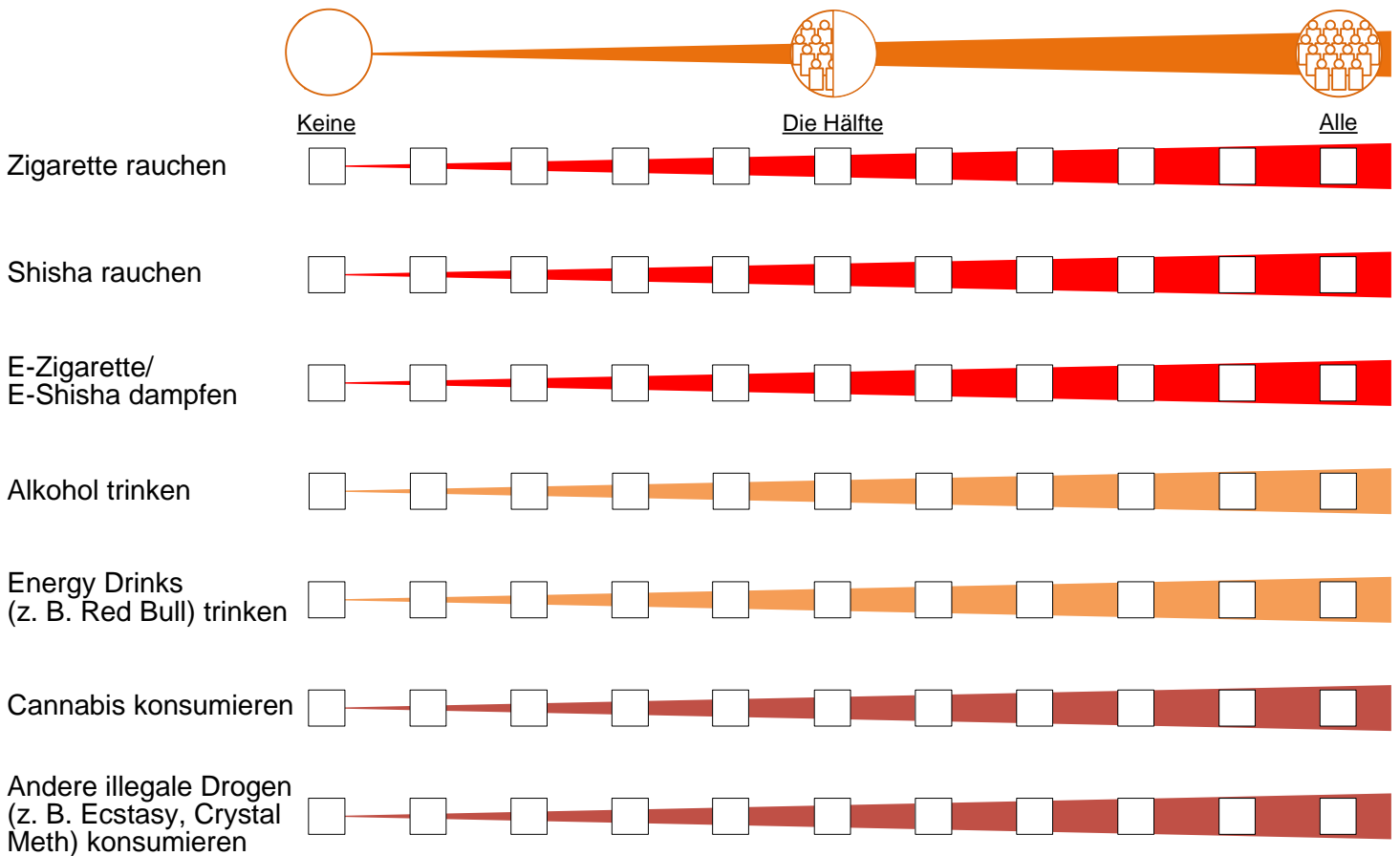


5.) Was schätzt du: Wie viele der Personen deiner Schule trinken in ihrer Freizeit Alkohol?

(Es geht bei dieser Frage nicht nur um Personen, die du kennst, sondern um alle Personen an deiner Schule.)



6.) Wie viele deiner Freunde/Freundinnen tun die folgenden Dinge?



## Ein paar Fragen zu dir

7.) Bitte gib deine Körpergröße an (in cm).

--	--	--

8.) Bitte gib dein Körpergewicht an (in kg).

--	--	--

9.) Wie schätzt du deine Schulleistungen im Vergleich zu den Mitschüler/innen deiner Klasse ein?

Viel besser

Etwas besser

Etwa gleich

Etwas schlechter

Viel schlechter






10.) Wie findest du deinen Körper?

Viel zu dünn

Etwas zu dünn

Genau richtig

Etwas zu dick

Viel zu dick






11.) Wie oft hast du Stress?

Nie

Selten

Oft

Sehr oft





12.) Wie legst du **den größten Teil** deines Schulwegs normalerweise zurück?

Öffentliche Verkehrs-  
mittel, z. B. Bus

Mit dem Auto

Mit dem Fahrrad

Zu Fuß





13.) Wie oft machst du gefährliche Sachen, um Spaß zu haben?

Überhaupt nicht

Gelegentlich

Manchmal

Oft

Sehr oft






14.) Wie oft machst du aufregende Sachen, auch wenn sie gefährlich sind?

Überhaupt nicht

Gelegentlich

Manchmal

Oft

Sehr oft

15.) Wie oft hast du diese Werbung schon gesehen?

- Noch nie
- 1 bis 4-mal
- 5 bis 10-mal
- Öfter als 10-mal



16.) Wofür wird hier geworben?

17.) Wie heißt die Marke, für die geworben wird?

18.) Diese Werbung ...

	Stimmt gar nicht	Stimmt ein wenig	Stimmt ziemlich	Stimmt genau
... gefällt mir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... macht mich fröhlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... macht mir Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... finde ich eklig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... macht mich traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... macht mich wütend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



19.) Wie oft hast du diese Werbung schon gesehen?

- Noch nie
- 1 bis 4-mal
- 5 bis 10-mal
- Öfter als 10-mal



20.) Wofür wird hier geworben?

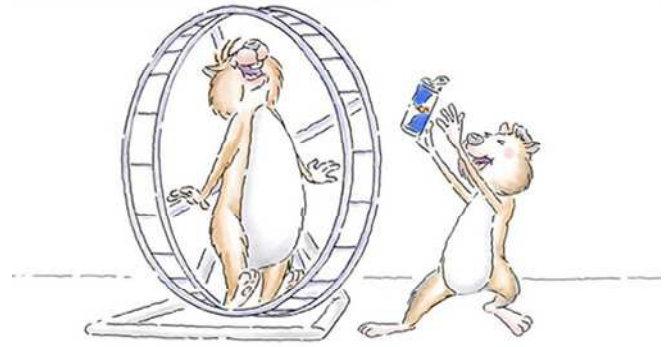
21.) Wie heißt die Marke, für die geworben wird?

22.) Diese Werbung ...

	Stimmt gar nicht	Stimmt ein wenig	Stimmt ziemlich	Stimmt genau
... gefällt mir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23.) Wie oft hast du diese Werbung schon gesehen?

- Noch nie
- 1 bis 4-mal
- 5 bis 10-mal
- Öfter als 10-mal



24.) Wofür wird hier geworben?

25.) Wie heißt die Marke, für die geworben wird?

26.) Diese Werbung ...

	Stimmt gar nicht	Stimmt ein wenig	Stimmt ziemlich	Stimmt genau
... gefällt mir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... macht mich fröhlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... macht mir Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... finde ich eklig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... macht mich traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... macht mich wütend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



27.) Wie oft hast du diese Werbung schon gesehen?

- Noch nie
- 1 bis 4-mal
- 5 bis 10-mal
- Öfter als 10-mal



28.) Wofür wird hier geworben?

29.) Wie heißt die Marke, für die geworben wird?

30.) Diese Werbung ...

	Stimmt gar nicht	Stimmt ein wenig	Stimmt ziemlich	Stimmt genau
... gefällt mir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Die folgenden Fragen beziehen sich auf Energy Drinks

**31.)** Hast du in deinem Leben schon einmal Energy Drinks (z. B. Red Bull, Monster) getrunken?

Ja

Nein

Weiter zu Frage 35

**32.)** Wie häufig trinkst du zur Zeit Energy Drinks?

Gar nicht



Weiter zu Frage 36

Seltener als einmal  
im MonatMindestens 1 x im Monat,  
aber nicht jede WocheMindestens 1 x pro Woche,  
aber nicht jeden Tag(Fast)  
jeden Tag

**33.)** Wenn du Energy Drinks trinkst, wie viele Dosen (à 250 ml) trinkst du dann typischerweise an einem Tag?

 Weniger als eine Dose Eine Dose Zwei bis drei Dosen Vier bis fünf Dosen Mindestens sechs Dosen

250 ml

= 1  
Dose

330 ml

= 1,5  
Dosen

500 ml

= 2  
Dosen

**34.)** Hast du in den letzten 30 Tagen zu folgenden Gelegenheiten Energy Drinks getrunken?

Vor der ersten Schulstunde  Nein  JaAuf einer Hausparty  Nein  JaWährend der Schulzeit  Nein  JaBei einer LAN-Party/Gaming  Nein  JaBeim Sport  Nein  JaIn der Disko/Im Club  Nein  Ja

**35.)** Warst du jemals neugierig, Energy Drinks zu probieren?

Sicher nicht

Eher nicht

Eher ja

Sicher ja

**36.)** Wie findest du Energy Drinks? Bitte vergib eine Schulnote von  
1 („sehr gut“) bis 6 („sehr schlecht“).

Schulnote für  
Energy Drinks

37.) Wie oft hast du dieses Bild schon gesehen?

- Noch nie
- 1 bis 4-mal
- 5 bis 10-mal
- Öfter als 10-mal



38.) Dieses Bild ...

	Stimmt gar nicht	Stimmt ein wenig	Stimmt ziemlich	Stimmt genau
... macht mir Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... finde ich eklig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... macht mich traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... macht mich wütend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



39.) Wie oft hast du dieses Bild schon gesehen?

- Noch nie
- 1 bis 4-mal
- 5 bis 10-mal
- Öfter als 10-mal



40.) Dieses Bild ...

	Stimmt gar nicht	Stimmt ein wenig	Stimmt ziemlich	Stimmt genau
... macht mir Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... finde ich eklig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... macht mich traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... macht mich wütend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



41.) Wie oft hast du diese Werbung schon gesehen?

- Noch nie
- 1 bis 4-mal
- 5 bis 10-mal
- Öfter als 10-mal



42.) Wofür wird hier geworben?

43.) Wie heißt die Marke, für die geworben wird?

44.) Diese Werbung ...

	Stimmt gar nicht	Stimmt ein wenig	Stimmt ziemlich	Stimmt genau
... gefällt mir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... macht mich fröhlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... macht mir Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... finde ich eklig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... macht mich traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... macht mich wütend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



45.) Wie oft hast du dieses Bild schon gesehen?

- Noch nie
- 1 bis 4-mal
- 5 bis 10-mal
- Öfter als 10-mal



46.) Dieses Bild ...

	Stimmt gar nicht	Stimmt ein wenig	Stimmt ziemlich	Stimmt genau
... macht mir Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... finde ich eklig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... macht mich traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... macht mich wütend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Nun geht es ums Rauchen - zunächst geht es um Zigaretten

47.) Wie häufig hast du in deinem Leben bisher Zigaretten geraucht?

Noch nie

Nur ein paar Züge  1 bis 19-mal  20 bis 100-mal  Mehr als 100-mal

48.) Warst du jemals neugierig, eine Zigarette zu rauchen?

Sicher nicht

Eher nicht

Eher ja

Sicher ja

49.) Wie häufig rauchst du zur Zigaretten?

Gar nicht

Seltener als einmal im Monat

Mindestens einmal im Monat, aber nicht jede Woche

Mindestens einmal pro Woche, aber nicht jeden Tag

(Fast) jeden Tag

50.) Wie findest du Zigaretten? Bitte vergib eine Schulnote von 1 („sehr gut“) bis 6 („sehr schlecht“).

Schulnote für Zigaretten

## Shisha/Wasserpfeife

51.) Wie häufig hast du in deinem Leben bisher Shisha/Wasserpfeife geraucht?

Noch nie

Nur ein paar Züge  1 bis 19-mal  20 bis 100-mal  Mehr als 100-mal

52.) Warst du jemals neugierig, Shisha zu rauchen?

Sicher nicht

Eher nicht

Eher ja

Sicher ja

53.) Wie häufig rauchst du zur Zeit Shisha?

Gar nicht

Seltener als einmal im Monat

Mindestens einmal im Monat, aber nicht jede Woche

Mindestens einmal pro Woche, aber nicht jeden Tag

(Fast) jeden Tag

54.) Wie findest du Shishas/Wasserpfeifen? Bitte vergib eine Schulnote von 1 („sehr gut“) bis 6 („sehr schlecht“).

Schulnote für Shishas/Wasserpfeifen

55.) Wie oft hast du diese Werbung schon gesehen?

- Noch nie
- 1 bis 4-mal
- 5 bis 10-mal
- Öfter als 10-mal



56.) Wofür wird hier geworben?

57.) Wie heißt die Marke, für die geworben wird?

58.) Diese Werbung ...

	Stimmt gar nicht	Stimmt ein wenig	Stimmt ziemlich	Stimmt genau
... gefällt mir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... macht mich fröhlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... macht mir Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... finde ich eklig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... macht mich traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... macht mich wütend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59.) Wie oft hast du diese Werbung schon gesehen?



- Noch nie
- 1 bis 4-mal
- 5 bis 10-mal
- Öfter als 10-mal

60.) Diese Werbung ...

	Stimmt gar nicht	Stimmt ein wenig	Stimmt ziemlich	Stimmt genau
... gefällt mir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## E-Zigarette und E-Shisha

**61.)** Wie häufig hast du in deinem Leben bisher E-Zigarette/E-Shisha gedampft?

Noch nie

Nur ein paar Züge    1 bis 19-mal    20 bis 100-mal    Mehr als 100-mal

**62.)** Warst du jemals neugierig, eine E-Zigarette/E-Shisha zu dampfen?

Sicher nicht

Eher nicht

Eher ja

Sicher ja

**63.)** Wie häufig dampfst du zur Zeit E-Zigarette/E-Shisha?

Gar nicht

Seltener als einmal im Monat

Mindestens einmal im Monat, aber nicht jede Woche

Mindestens einmal pro Woche, aber nicht jeden Tag

(Fast) jeden Tag

**64.)** Wie findest du E-Zigaretten/E-Shishas? Bitte vergib eine Schulnote von **1 („sehr gut“)** bis **6 („sehr schlecht“)**.

Schulnote für  
E-Zigaretten/  
E-Shishas

## Cannabis/Marihuana

**65.)** Wie häufig hast du in deinem Leben bisher Cannabis/Marihuana konsumiert?

Noch nie

Nur ein bisschen probiert    1 bis 19-mal    20 bis 100-mal    Mehr als 100-mal

**66.)** Warst du jemals neugierig, Cannabis zu konsumieren?

Sicher nicht

Eher nicht

Eher ja

Sicher ja

**67.)** Wie häufig konsumierst du zur Zeit Cannabis?

Gar nicht

Seltener als einmal im Monat

Mindestens einmal im Monat, aber nicht jede Woche

Mindestens einmal pro Woche, aber nicht jeden Tag

(Fast) jeden Tag

**68.)** Wie findest du Cannabis/Marihuana? Bitte vergib eine Schulnote von **1 („sehr gut“)** bis **6 („sehr schlecht“)**.

Schulnote für  
Cannabis/  
Marihuana

## Jetzt geht es um Alkohol

69.) Wie häufig hast du in deinem Leben bisher Alkohol getrunken?

Noch nie

Nur ein bisschen probiert

1-mal

2 bis 5-mal

Mehr als 5-mal

70.) Warst du jemals neugierig, Alkohol zu trinken?

Sicher nicht

Eher nicht

Eher ja

Sicher ja

71.) Wie häufig trinkst du zur Zeit Alkohol?

Gar nicht

Seltener als einmal im Monat

Mindestens einmal im Monat, aber nicht jede Woche

Etwa einmal pro Woche

2 bis 3-mal pro Woche

4 bis 5-mal pro Woche

(Fast) täglich

72.) Wie findest du Alkohol? Bitte vergib eine Schulnote von 1 („sehr gut“) bis 6 („sehr schlecht“).

Schulnote für Alkohol

Wenn du noch nie Alkohol getrunken hast, gehe direkt zu Frage 79 (Seite 14).

## Welche Erfahrungen hast du mit Alkohol gemacht?

73.) Wenn du Alkohol trinkst, wie viele alkoholische Getränke trinkst du dann üblicherweise an einem Tag?

Hinweis: Ein alkoholisches Getränk entspricht etwa 0,3 l Bier, 0,1 l Wein/Sekt oder 0,04 l (2 Gläsern) Schnaps.

1 bis 2

3 bis 4

5 bis 6

7 bis 9

10 oder mehr

Die nächsten beiden Fragen unterscheiden zwischen





Mädchen

und



Jungen :

74.) Hast du jemals

 4 oder mehr
 5 oder mehr



alkoholische Getränke zu einer Gelegenheit getrunken?

 Nein

 Ja

75.) In den letzten 30 Tagen:

Wie häufig hast du

 4 oder mehr
 5 oder mehr

alkoholische Getränke zu einer Gelegenheit getrunken?

Gar nicht

1-mal

2 bis 3-mal

4 bis 5-mal

6 bis 10-mal

Mehr als 10-mal

76.) Wenn Menschen Alkohol trinken, machen sie verschiedenste Erfahrungen. Einige davon sind hier aufgeführt. Wie häufig sind dir diese Dinge **IM LETZTEN JAHR** passiert, als oder weil du Alkohol getrunken hast?

	Nie	1-mal	2-mal	3-mal	4-mal	Öfter als 4-mal
Ich war betrunken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich musste mich übergeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte einen Filmriss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin nach dem Trinken Auto oder Fahrrad gefahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe etwas getan, was mir später total peinlich war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte mich nicht mehr unter Kontrolle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte einen Kater.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe etwas getan, was ich später bereut habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte starke Kopfschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Freunde haben mir geraten, weniger zu trinken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Energy Drinks und Alkohol

77.) Hast du jemals Energy Drinks gemischt mit Alkohol getrunken?

Nein

Ja

78.) Wie häufig trinkst du zur Zeit Energy Drinks gemischt mit Alkohol?

Gar nicht

Seltener als einmal  
im Monat

Mindestens 1 x im Monat,  
aber nicht jede Woche

Mindestens 1 x pro Woche,  
aber nicht jeden Tag

(Fast)  
jeden Tag

## Sonstige illegale Drogen, z. B. Ecstasy, Crystal Meth

79.) Wie häufig hast du in deinem Leben bisher illegale Drogen wie Ecstasy oder Crystal Meth konsumiert?

Noch nie

Nur ein bisschen  
probiert

1 bis 19-mal

20 bis 100-mal

Mehr als 100-mal

80.) Warst du jemals neugierig, solche Drogen zu konsumieren?

Sicher nicht

Eher nicht

Eher ja

Sicher ja

81.) Wie häufig konsumierst du zur Zeit solche Drogen?

Gar nicht

Seltener als einmal im Monat

Mindestens einmal im Monat, aber nicht jede Woche

Mindestens einmal pro Woche, aber nicht jeden Tag

(Fast) jeden Tag

## Fragen zu deinem Freizeitverhalten

82.) An wie vielen Tagen frühstückst du, bevor du zur Schule gehst?

Nie                      An 1 Tag                      An 2 Tagen                      An 3 Tagen                      An 4 Tagen                      Jeden Tag

83.) Isst du **mindestens eine Mahlzeit** mit deiner Familie zusammen?

Nie                      Selten                      Nur am Wochenende                      Mehrmals pro Woche                      Jeden Tag

84.) In einer **normalen Woche**: Wie häufig isst bzw. trinkst du die folgenden Nahrungsmittel?

Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.

	Nie	Etwa einmal pro Woche	Mehrmals pro Woche	Einmal täglich	Mehrmals täglich
Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleisch oder Wurst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süße Snacks (z. B. Schokolade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salzige Snacks (z. B. Chips)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Softdrinks (z. B. Cola)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fast Food (z. B. Pizza, Pommes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

85.) Denke an **eine ganz normale** Woche: Zähle für jeden Tag die Zeiten körperlicher Aktivität zusammen.

*Erläuterung: Körperliche Aktivitäten schließen alle Tätigkeiten ein, bei denen das Herz schneller schlägt und für einige Zeit die Atmung erhöht ist. Dazu zählen beispielsweise Sport (Basketball, Fußball, Tennis, Schwimmen, ...), Spielen mit Freunden oder das Fahrradfahren zur Schule.*

An wie vielen Tagen einer Woche bist du insgesamt mindestens 60 Minuten körperlich aktiv?

An keinem Tag                      An 1 Tag                      An 2 Tagen                      An 3 Tagen                      An 4 Tagen                      An 5 Tagen                      An 6 Tagen                      An 7 Tagen



86.) Wenn man vor einer Entscheidung steht, kann man sich verschiedene Ratschläge einholen. Welche Rolle spielen für dich Meinungen oder Ratschläge von Mitmenschen oder Bekannten, wenn du etwas gut findest und haben möchtest?

	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Weder noch	Stimme zu	Stimme stark zu
Es ist wichtig, dass andere die Produkte und Marken mögen, die ich kaufe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mir Sachen kaufe, greife ich zu Marken, von denen ich glaube, dass andere sie mögen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, dazuzugehören, wenn ich dieselben Dinge kaufe wie jemand anderes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oftmals passe ich mich anderen an, indem ich dieselben Produkte und Marken kaufe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich nur wenige Erfahrungen mit einem Produkt habe, dann befrage ich meine Freunde dazu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hole mir oft Rat bei anderen, um das beste Angebot auszuwählen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

87.) Die folgenden Aussagen beziehen sich auf deinen Umgang mit Werbung. Wie sehr stimmst du ihnen zu?



Wenn ich Werbung sehe, denke ich darüber nach, wer sie gemacht hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich Werbung sehe, denke ich darüber nach, welchen Zweck sie hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bevor ich glaube, was ich in der Werbung sehe, suche ich nach mehr Informationen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist wichtig, zweimal darüber nachzudenken, was die Werbebotschaften aussagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Es folgen ein paar Fragen zu deinem Befinden ...

### 88.) Im letzten halben Jahr:

Wie häufig hast du an einer oder mehreren der folgenden Beschwerden gelitten?

	Nie oder kaum	Jeden Monat	Jede Woche	Mehrere Male pro Woche	(Fast) jeden Tag
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ... und deinem Schulalltag.

89.) Wie sehr stimmst du den folgenden Aussagen zu?

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Weder noch	Stimme zu	Stimme stark zu
Ich habe zu viel für die Schule zu tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde die Aufgaben in der Schule schwierig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Aufgaben in der Schule machen mich müde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

90.) Im letzten halben Jahr in deiner Klasse:

	Nie	Insgesamt 1 bis 2-mal	2 bis 3-mal pro Monat	1-mal pro Woche	Mehr als 1-mal pro Woche
Wie häufig hast du mitgemacht, wenn ein/e andere/r Schüler/in geschlagen oder getreten wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig hast du anderen Schüler/innen gewaltsam etwas weggenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig bist du von anderen Schüler/innen geschlagen oder getreten worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig ist dir von anderen Schüler/innen gewaltsam etwas weggenommen worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>