

FRAGEBOGEN FÜR SCHÜLERINNEN UND SCHÜLER


Liebe Schülerin, lieber Schüler,

vielen Dank, dass du an dieser Befragung teilnimmst!

Bitte beachte:

- Die Teilnahme ist freiwillig. Eine Nichtteilnahme bringt keinerlei Nachteile. Du kannst dein Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Wenn du eine Frage nicht beantworten möchtest, kannst du sie einfach auslassen.
- Deine Antworten werden absolut vertraulich behandelt. Alle Fragebögen werden mit Hilfe einer Computersoftware ausgewertet. Weder deine Lehrer und Lehrerinnen, deine Eltern, noch sonstige Personen erfahren etwas über deine Angaben.
- Die Befragung erfolgt anonym, d. h. ohne Angabe deines Namens. Damit wir im Falle einer weiteren Befragung deine Daten richtig zuordnen können, benötigen wir ein Codewort, das du selbst erstellst: Fülle hierzu die untenstehenden Kästchen aus und übertrage alle farbig umrandeten Buchstaben und Zahlen auf die nächste Seite. Trenne anschließend dieses Deckblatt vom Fragebogen ab und behalte es bei dir.

Du bist dabei? Dann füllst du einfach den Fragebogen aus und gibst ihn ausgefüllt wieder zurück. Das Ausfüllen des Fragebogens gilt als Zustimmung zur Teilnahme.

 Du willst nicht mitmachen? In diesem Fall sagst du deiner Lehrerin oder deinem Lehrer Bescheid und füllst dann keinen Fragebogen aus.

Dein Vorname

Dein Geburtstag / /
Tag Monat Jahr

Vorname deiner Mutter

Vorname deines Vaters

Es geht los.

1.) Ich bin männlich weiblich und Jahre alt.

2.) Welche Sprachen werden bei dir zu Hause gesprochen?
 (Bei dieser Frage kannst du mehrere Antworten ankreuzen)

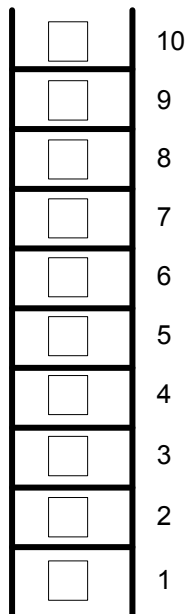
- Deutsch Türkisch Arabisch
 Polnisch Russisch Andere:

3.) Wurden dein Vater **und** deine Mutter in Deutschland geboren?

- Nein Ja

4.) 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



Jetzt geht es um deine Eltern

5.) Wie häufig trinkt deine Mutter Alkohol?

Gar nicht	Weniger als einmal pro Monat	Einmal pro Monat	2-4 Mal pro Monat	Mehrmals pro Woche	(Fast) täglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.) Wie häufig trinkt dein Vater Alkohol?

Gar nicht	Weniger als einmal pro Monat	Einmal pro Monat	2-4 Mal pro Monat	Mehrmals pro Woche	(Fast) täglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zu deiner Ernährung

7.) 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.) Wie häufig isst du **mindestens eine Mahlzeit** mit deiner Familie zusammen?

Nie	Selten	Nur am Wochenende	Mehrmals pro Woche	Jeden Tag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Nie	Etwa einmal pro Woche	Mehrmals pro Woche	Einmal täglich	Mehrmals täglich
<input checked="" type="checkbox"/> Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.					
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"/>

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Energy Drinks

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

Ja Nein

↓
Weiter zu Frage 15

11.) Wie häufig trinkst du zurzeit Energy Drinks?

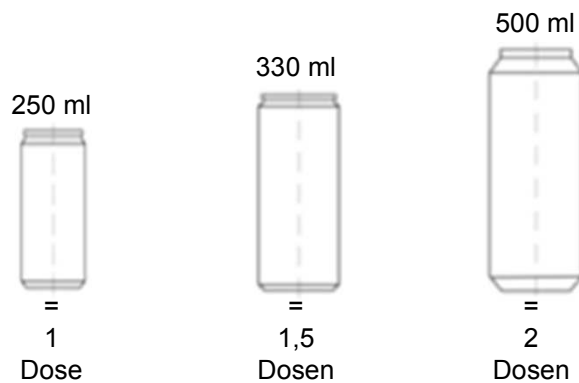
Gar nicht Seltener als einmal im Monat Mindestens 1 x im Monat, aber nicht jede Woche Mindestens 1 x pro Woche, aber nicht jeden Tag (Fast) jeden Tag

↓
Weiter zu Frage 15

↓

12.) 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
- Mindestens vier Dosen



13.) Hast du in den letzten 30 Tagen vor der ersten Schulstunde Energy Drinks getrunken?

Nein Ja

14.) Hast du in den letzten 30 Tagen während der Schulzeit Energy Drinks getrunken?

Nein Ja

Jetzt geht es um Medikamente

15.) Hast du im **letzten Monat** irgendein Medikament genommen?

Ja

Nein



Weiter zu Frage 18

16.) Wie häufig hast du im **letzten Monat** Medikamente genommen?

1 bis 3-mal
im Monat

1 bis 2-mal
pro Woche

3 bis 4-mal
pro Woche

(Fast) täglich

17.) Im **letzten Monat** habe ich Medikamente genommen, ...

Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.

	Nein	Ja
... weil ich Schmerzen hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... weil ich krank war (z. B. Grippe oder Mittelohrentzündung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... weil ich mich nicht konzentrieren konnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... weil ich schon immer regelmäßig Medikamente einnehme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... aus anderen Gründen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18.) Bist du im **letzten Monat** zum Arzt gegangen?

Nein

Ja

19.) An wie vielen Tagen hast du im **letzten Monat** in der Schule gefehlt, weil du krank warst?

Gar nicht

1 bis 2 Tage

3 bis 5 Tage

6 bis 10 Tage

Mehr als 10 Tage

Nun geht es ums Rauchen - zunächst geht es um Zigaretten

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

Noch nie

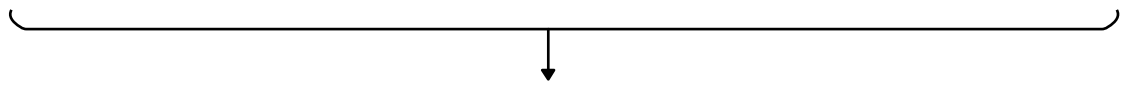


Weiter zu Frage 22



Zigarette

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



21.) Wie häufig rauchst du zurzeit 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

Shisha/Wasserpfeife

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

Noch nie

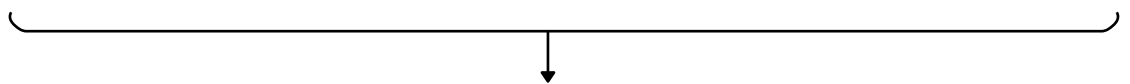


Weiter zu Frage 24



Shisha

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



23.) Wie häufig rauchst du zurzeit Shisha/Wasserpfeife?

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

E-Zigarette und E-Shisha

24.) Wie häufig hast du in deinem Leben bisher E-Zigarette/E-Shisha konsumiert?

Noch nie



Weiter zu Frage 26

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



25.) Wie häufig konsumierst du zurzeit 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



E-Zigarette



E-Shisha

Ein paar Fragen zu dir

26.) Gib für jede Beschreibung an, wie zutreffend die Beschreibung für dich ist.

Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.

	Gar nicht zutreffend	Ein wenig zutreffend	Weitgehend zutreffend	Besonders zutreffend
Ich kann häufig Aufträge von anderen nicht vollständig durchführen und kann Schularbeiten oder andere Arbeiten häufig nicht zu Ende bringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine Abneigung gegen Aufgaben, bei denen ich mich länger konzentrieren und anstrengen muss (z. B. Hausaufgaben). Ich vermeide diese Aufgaben oder mache sie nur widerwillig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lasse mich oft durch die Umgebung leicht ablenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich zappele häufig mit Händen oder Füßen oder rutsche häufig auf dem Stuhl herum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich platze häufig mit der Antwort heraus, bevor die Fragen zu Ende gestellt sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich unterbreche oder störe andere häufig (z. B. platze in Unterhaltungen oder Spiele anderer hinein).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen beziehen sich auf deine Schlafgewohnheiten

- 27.) Um wieviel Uhr schläfst du **unter der Woche** (also montags bis freitags) **normalerweise** ein?
 Schreibe bitte die Uhrzeit in die Kästchen, zu der du üblicherweise schläfst, also nicht mehr liest, kein Handy/Smartphone mehr benutzt und das Licht aus ist.

		:		
--	--	---	--	--

- 28.) Wann wachst du **unter der Woche** (also montags bis freitags) **normalerweise** auf bzw. wirst geweckt?

		:		
--	--	---	--	--

- 29.) Bitte schau dir diese Abbildung an:



Wie sehr stimmst du folgenden Aussagen zu?

Die Abbildung ...

	Stimmt gar nicht	Stimmt ein wenig	Stimmt ziemlich	Stimmt genau
<input checked="" type="checkbox"/> Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.				
... 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"/>

Jetzt geht es um Alkohol

30.) 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

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

Sicher nicht
 Eher nicht
 Eher ja
 Sicher ja

32.) Wie häufig trinkst du zurzeit Alkohol?

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

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

1 2 3 4 5 6

34.) Wie viele deiner Freunde/Freundinnen trinken Alkohol?

Keine Die Hälfte Alle



35.) Bitte kreuze für jede Aussage an, ob du ihr zustimmst oder nicht.

Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.

	Stimmt	Stimmt nicht	Weiß nicht
In Deutschland dürfen Jugendliche ab 12 Jahren Alkohol kaufen, wenn sie eine Erlaubnis der Eltern dabei haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol kann Krebs verursachen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Durchschnitt baut der Körper 0,4 Promille pro Stunde ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Glas Bier (0,3 l) enthält ungefähr so viele Kalorien wie 11 Würfel Zucker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol kann Leberzirrhose verursachen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol trinken während der Schwangerschaft ist eine Gefahr für das ungeborene Kind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 36.) Die folgenden Wörter sind aus einer Fantasie-Sprache. Sie sollen Stimmungen ausdrücken. In allen Sprachen gibt es Wörter, die sich nach dem, was sie bezeichnen, anhören (z. B. hört sich das Wort „Rasseln“ schon ein wenig wie ein Rasseln an).

Bitte beurteile bei jedem der folgenden Wörter, wie stark sie vom Klang her verschiedene Stimmungen ausdrücken (z. B. ‚Wie stark drückt das Wort „SAFME“ die folgenden Stimmungen aus: gut gelaunt, hilflos, fröhlich, gehemmt, etc.‘). Versuche dich dabei **von deinem Gefühl** leiten zu lassen.

Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.

		Passt gar nicht	Passt etwas	Passt ziemlich	Passt sehr gut
SAFME	Gut gelaunt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hilflos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aktiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ängstlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fröhlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gehemmt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIKES	Gut gelaunt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hilflos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aktiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ängstlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fröhlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gehemmt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen beziehen sich auf dein Wohlbefinden

- 37.) Wie oft hast du Stress?

Nie

Selten

Oft

Sehr oft

- 38.) Wie sehr fühlst du dich durch deine Eltern und Familie gestresst?

Gar nicht

Ein bisschen

Eher stärker

Sehr stark

- 39.) Wie sehr fühlst du dich durch die Schule und ihre Aufgaben gestresst?

Gar nicht

Ein bisschen

Eher stärker

Sehr stark

40.) Wie sehr fühlst du dich durch deine Freizeitaktivitäten und Freunde gestresst?

Gar nicht	Ein bisschen	Eher stärker	Sehr stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41.) Wie häufig überlegst du dir, was andere Jungen und Mädchen von dir denken?

Selten oder nie	Manchmal	Oft	Sehr oft
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42.) Bitte schätze für die folgenden Aussagen ein, wie sehr sie **in der letzten Woche** auf dich zutrafen.

Während der letzten Woche ...

Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.

	Selten oder überhaupt nicht	Manchmal	Oft	Meistens oder die ganze Zeit
... war ich traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... musste ich weinen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte ich Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fühlte ich mich einsam, so als hätte ich keine Freunde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dachte ich, bei mir geht immer alles schief.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war ich niedergeschlagen und unglücklich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43.) Bitte beantworte die folgenden Fragen für das **letzte halbe Jahr**.

Wie häufig hast du im **letzten halben Jahr** an einer oder mehreren der folgenden Beschwerden gelitten?

Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.

	Nie oder kaum	Jeden Monat	Jede Woche	Mehrere Male pro Woche	(Fast) täglich
Hattest du Bauchschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hattest du Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hattest du Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hattest du Probleme beim Einschlafen oder bist nachts öfter aufgewacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War dir übel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War dir schwindelig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warst du erschöpft oder müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen beziehen sich auf deinen Schulalltag

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

<input checked="" type="checkbox"/> Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.	Stimmt gar nicht	Stimmt ein wenig	Stimmt ziemlich	Stimmt genau
Ich habe das Gefühl, zu viele Hausaufgaben zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Schulleistungen sind sehr wichtig für meine Zukunft und können mein ganzes Leben bestimmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischen den Mitschüler/innen herrscht zu viel Konkurrenz, sodass ich mich unter Druck gesetzt fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich gestresst, wenn ich meine eigenen Erwartungen nicht erfülle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45.) Fühlst du dich in deiner Klasse wohl?

Nein Ja

46.) Fühlst du dich in deiner Klasse anerkannt und akzeptiert?

Nein Ja

47.) Gibt es an deiner Schule Schüler/innen, vor denen du Angst hast?

Nein, keine/n Ja, eine/n Ja, zwei Ja, mehr als zwei

48.) Gibt es an deiner Schule Schüler/innen, die vor dir Angst haben?

Nein, keine/n Ja, eine/n Ja, zwei Ja, mehr als zwei

49.) Wie viele Freunde oder Freundinnen hast du in der Klasse?

Keine Einen oder eine 2 oder 3 4 oder 5 6 oder mehr

In den beiden nächsten Fragen geht es um Mobbing

Wir interessieren uns für das sogenannte **Mobbing** an eurer Schule.

Damit meinen wir, dass jemand immer wieder **mit Absicht** geärgert, angegriffen oder ausgegrenzt wird. Damit meinen wir **nicht**, dass zwei gleich starke Schülerinnen oder Schüler miteinander kämpfen oder sich streiten.

50.) Gib bitte an, wie oft dir in den **letzten drei Monaten** das Folgende passiert ist, obwohl du das nicht wolltest:

	Niemals	Etwa einmal in drei Monaten	Etwa einmal im Monat	Etwa einmal in der Woche	(Fast) täglich
<input checked="" type="checkbox"/> Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.					
Ich wurde körperlich angegriffen. (Z. B. geschlagen, getreten, festgehalten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde mit Worten angegriffen. (Z. B. beleidigt, bedroht, erpresst, es wurden Gerüchte verbreitet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde ausgeschlossen/ausgegrenzt. (Z. B. ignoriert, ich durfte auf dem Schulhof nicht in der Gruppe stehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51.) Wie oft hast du in den **letzten drei Monaten** eine/n Mitschüler/in in dieser Weise behandelt, obwohl er/sie das nicht wollte?

	Niemals	Etwa einmal in drei Monaten	Etwa einmal im Monat	Etwa einmal in der Woche	(Fast) täglich
<input checked="" type="checkbox"/> Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.					
Ich habe jemanden körperlich angegriffen. (Z. B. geschlagen, getreten, festgehalten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe jemanden mit Worten angegriffen. (Z. B. beleidigt, bedroht, erpresst, Gerüchte verbreitet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe jemanden ausgeschlossen/ausgegrenzt. (Z. B. ignoriert, jemand durfte auf dem Schulhof nicht in der Gruppe stehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 52.) Die folgenden Fragen beziehen sich auf den **vergangenen Schultag**, in der Regel auf gestern. (Ausnahme: Falls heute Montag ist, beziehen sich die Fragen auf letzte Woche Donnerstag.)

Zusammengerechnet, wie viel Zeit hast du an diesem Tag in etwa mit folgenden Aktivitäten verbracht?

Wege mit dem Fahrrad/Tretroller zurückgelegt

Gar keine	Weniger als 10 Minuten	10 bis 30 Minuten	30 bis 60 Minuten	1 bis 1,5 Stunden	Mehr als 1,5 Stunden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wege zu Fuß zurückgelegt

Gar keine	Weniger als 10 Minuten	10 bis 30 Minuten	30 bis 60 Minuten	1 bis 1,5 Stunden	Mehr als 1,5 Stunden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aktivitäten, bei denen du dich bewegt hast, aber nicht so sehr außer Atem warst

(z. B. mit Freunden Inline skaten, draußen spielen, baden gehen)

Gar keine	Weniger als 10 Minuten	10 bis 30 Minuten	30 bis 60 Minuten	1 bis 1,5 Stunden	Mehr als 1,5 Stunden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aktivitäten, bei denen du dich bewegt hast und außer Atem warst

(z. B. Training, Sport im Verein, auch Punktspiele, Wettkämpfe oder Turniere, Joggen, Trampolin springen)

Gar keine	Weniger als 10 Minuten	10 bis 30 Minuten	30 bis 60 Minuten	1 bis 1,5 Stunden	Mehr als 1,5 Stunden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 53.) Die folgende Frage bezieht sich ebenfalls auf den **vergangenen Schultag**, in der Regel auf gestern. (Ausnahme: Falls heute Montag ist, bezieht sich die Frage auf letzte Woche Donnerstag.)

Zusammengerechnet, wie viel Zeit hast du an diesem Tag in etwa mit folgenden Aktivitäten verbracht?

Vor einem Bildschirm sitzen/liegen

(z. B. fernsehen, DVD anschauen, Handy, soziale Netzwerke, im Internet surfen, Videos angucken, Spiele auf Handy/Computer/ Tablet, ...)

Gar keine	Weniger als 10 Minuten	Bis 1 Stunde	1 bis 2 Stunden	2 bis 4 Stunden	4 bis 8 Stunden	Mehr als 8 Stunden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das war's. Vielen Dank für deine Teilnahme!