

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, dein Widerspruch wird dokumentiert und du füllst dann keinen Fragebogen aus.

Bei Fragen stehen wir dir gerne zur Verfügung!

Dein Vorname

Dein Geburtstag / /
Tag Monat Jahr

Vorname deiner Mutter

Vorname deines Vaters

Es geht los.

1.) Ich bin männlich weiblich und Jahre alt.

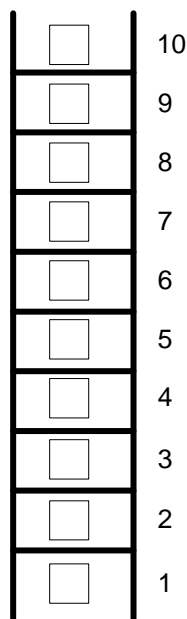
2.) Welche Sprache wird bei dir zu Hause **vor allem** gesprochen?

Deutsch Türkisch Arabisch

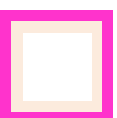
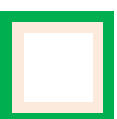
Polnisch Russisch Andere:

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



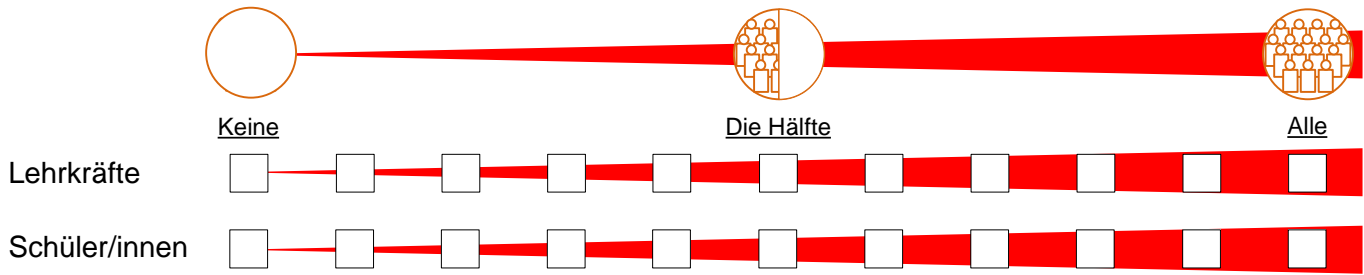
Das wenigste Geld,
die schlechtesten Jobs,
die niedrigste Bildung



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

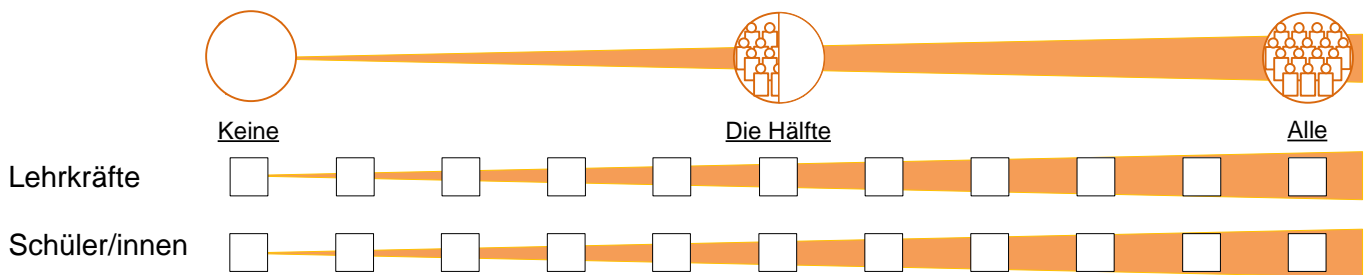
Dazu zählt z. B. auch die Pause in der Schulzeit.

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

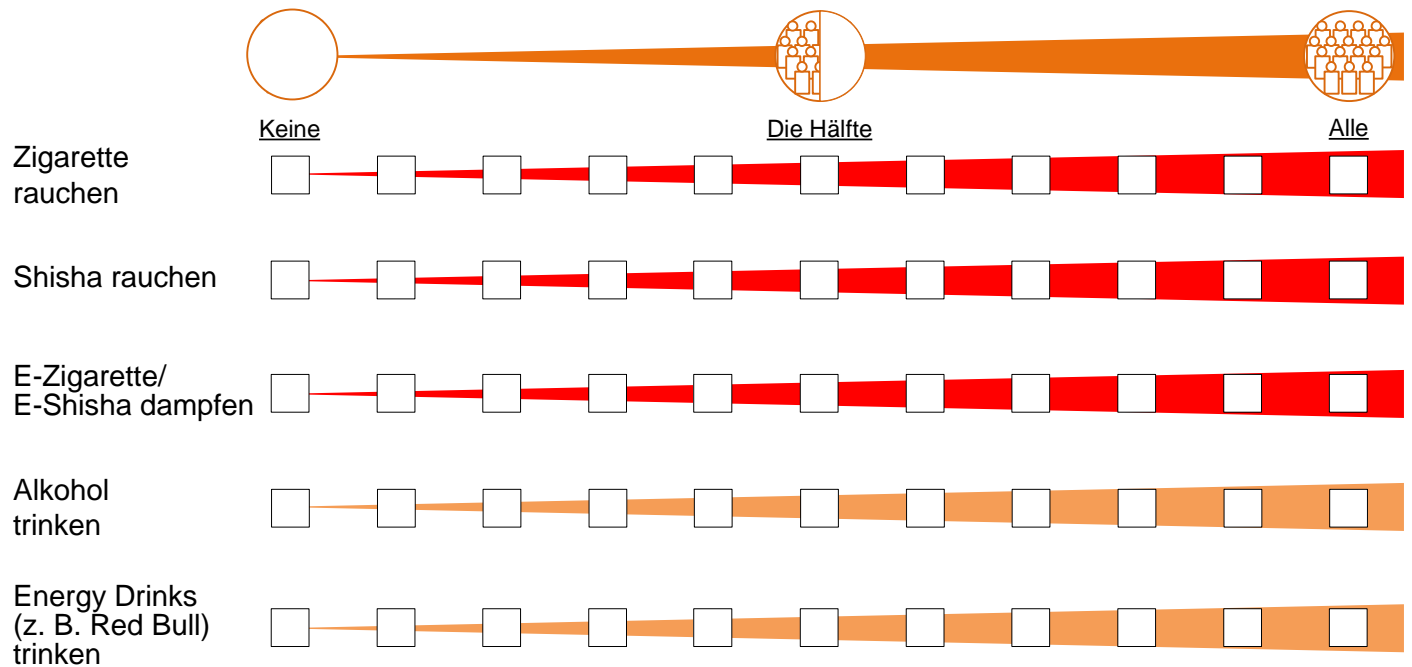


5.) Was schätzt du: Wie viele der Personen deiner Schule trinken in ihrer Freizeit Alkohol?

(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"/>

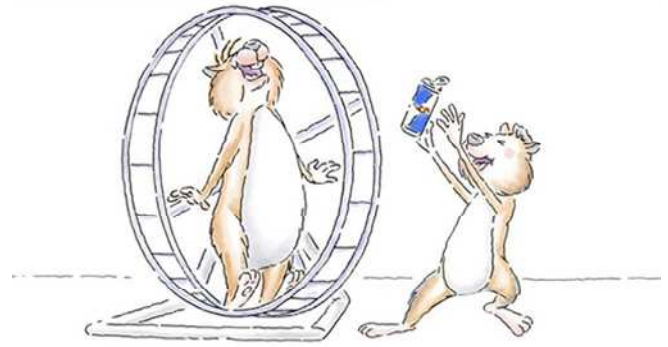
+

+

5

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

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

Weiter zu Frage 36

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 Mindestens vier 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 JaWährend der Schulzeit Nein JaBeim Sport Nein JaBei einer LAN-Party/Gaming 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, Zigaretten zu rauchen?

Sicher nicht

Eher nicht

Eher ja

Sicher ja

49.) Wie häufig rauchst du zur Zeit 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? 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 dämpfen?

- 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

Jetzt geht es um Alkohol

65.) 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

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

- Sicher nicht
 Eher nicht
 Eher ja
 Sicher ja

67.) Wie häufig trinkst du zur Zeit 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

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

Schulnote für
Alkohol

Fragen zu deinem Freizeitverhalten

69.) 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

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

Nie Selten Nur am Wochenende Mehrmals pro Woche Jeden Tag

71.) 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"/>

72.) 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

73.) 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"/>

74.) 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 ...

75.) 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.

76.) 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"/>

77.) 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"/>