

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.
- Der Fragebogen ist **kein Test!** Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.
- 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 auf der nächsten Seite selbst erstellst.

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.

Jetzt bist du dran:

Auf dieser Seite erstellst du dein geheimes Codewort.

Dazu füllst du die untenstehenden Kästchen aus und überträgst alle farbig umrandeten Buchstaben und Zahlen auf die nächste Seite.

Bitte benutze zum Ausfüllen einen **dunklen Stift**.

Schreibe bitte ...

- ... GROSSBUCHSTABEN
- ... keine Umlaute → AE statt Ä, OE statt Ö und UE statt Ü
- ... SS statt ß
- ... keine Bindestriche oder Leerzeichen → Anna-Lena = ANNALENA
→ Max Ernst = MAXERNST

Trenne anschließend die beiden gelben Blätter vom Fragebogen ab und behalte sie bei dir.

Dein Vorname

Dein Geburtstag

Vorname deiner Mutter

Vorname deines Vaters

Es geht los.

1.) Ich bin männlich weiblich

2.) Trage hier bitte den Monat und das Jahr deines **Geburtsdatums** ein.

Monat		Jahr		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.) Wird bei dir zu Hause Deutsch gesprochen?
 Ja Nein

4.) Welche Sprache wird bei dir zu Hause hauptsächlich gesprochen?

Weiter bei 7.)

5.) Wird noch eine weitere Sprache außer Deutsch bei dir zu Hause gesprochen?

Ja Nein → Weiter bei 7.)

6.) Welche weitere Sprache außer Deutsch wird bei dir zu Hause gesprochen?

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

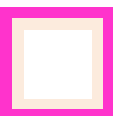
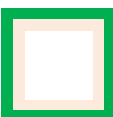
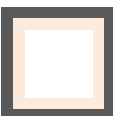
Ja Nein

8.) 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

<input type="checkbox"/>	10
<input type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/>	8
<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/>	6
<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	1

Das wenigste Geld,
die schlechtesten Jobs,
die niedrigste Bildung



Ein paar Fragen zu dir

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

--	--	--



Falls du nicht weißt wie groß du bist, beantworte bitte folgende Frage.

10.) Bist du kleiner, größer oder etwa genauso groß wie die meisten deiner Mitschüler/innen?

Sehr viel
kleiner

Ein bisschen
kleiner

Etwa genauso
groß

Ein bisschen
größer

Sehr viel
größer

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

--	--	--



Falls du nicht weißt wie viel du wiegst, beantworte bitte folgende Frage.

12.) Bist du leichter, schwerer oder etwa genauso schwer wie die meisten deiner Mitschüler/innen?

Sehr viel
leichter

Ein bisschen
leichter

Etwa genauso
schwer

Ein bisschen
schwerer

Sehr viel
schwerer

13.) Wie oft hast du Stress?

Nie

Selten

Oft

Sehr oft

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

Viel schlechter

Etwas schlechter

Etwa gleich

Etwas besser

Viel besser

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

Öffentliche Verkehrs-
mittel, z. B. Bus

Mit dem Auto

Mit dem Fahrrad

Zu Fuß

16.) 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

17.) 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"/>

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

Überhaupt nicht	Gelegentlich	Manchmal	Oft	Sehr oft
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Überhaupt nicht	Gelegentlich	Manchmal	Oft	Sehr oft
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20.) Glaubst du, dass du ...

... viel zu dünn bist?	... ein bisschen zu dünn bist?	... genau das richtige Gewicht hast?	... ein bisschen zu dick bist?	... viel zu dick bist?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21.) Bitte denke nun an das **letzte halbe Jahr**. Überlege bei jeder Aussage, wie sehr sie auf dich zutrifft.

Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Ich bin oft unruhig, ich kann nicht lange stillsitzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin dauernd in Bewegung und zappelig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lasse mich leicht ablenken, ich finde es schwer, mich zu konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke nach, bevor ich handele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was ich angefangen habe, mache ich zu Ende, ich kann mich lange genug konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22.) Bitte beantworte die folgenden Fragen.

Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.

	Ja	Nein
Hast du Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast du Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast du Neurodermitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn du hier überall Nein angekreuzt hast, gehe direkt zu Frage 24.

23.) Hast du schon mal Medikamente eingenommen gegen ...

<input checked="" type="checkbox"/> Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.	Ja	Nein
... Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Neurodermitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24.) Im letzten halben Jahr:

<input checked="" type="checkbox"/> 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"/>
Warst du erschöpft oder müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25.) Wie viele Freunde oder Freundinnen hast du?

Keine	Einen oder eine	2 oder 3	4 oder 5	6 bis 9	10 oder mehr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jetzt geht es um Kaffee und Energydrinks

26.) Hast du in deinem Leben schon einmal Kaffee getrunken?

Ja Nein

27.) Hast du in deinem Leben schon einmal Energydrinks (z. B. Red Bull, Monster) getrunken?

Ja Nein → Weiter bei 32.)

28.) Wie häufig trinkst du zurzeit Energydrinks?

Gar nicht	Seltener als 1-mal im Monat	Mindestens 1-mal im Monat, aber nicht jede Woche	Mindestens 1-mal pro Woche, aber nicht jeden Tag	(Fast) jeden Tag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29.) Hast du in den letzten 30 Tagen vor der ersten Schulstunde Energydrinks getrunken?

Ja Nein

30.) Hast du in den letzten 30 Tagen während der Schulzeit Energydrinks getrunken?

Ja Nein

31.) Hast du jemals Energydrinks gemischt mit Alkohol getrunken?

Ja Nein

Nun geht es ums Rauchen

32.) 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



Weiter bei 34.)



Zigarette

33.) 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

34.) 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



Weiter bei 36.)



Shisha

35.) 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

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

Noch nie

Nur ein paar Züge

1 bis 19-mal

20 bis 100-mal

Mehr als 100-mal



E-Zigarette



E-Shisha

37.) 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

Weiter bei 39.)

38.) Warst du jemals neugierig, **E-Zigarette/E-Shisha** zu konsumieren?

Sicher nicht

Eher nicht

Eher ja

Sicher ja

Jetzt geht es um Alkohol

39.) 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

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

Sicher nicht

Eher nicht

Eher ja

Sicher ja

Weiter bei 42.)

41.) Wie häufig trinkst du zurzeit Alkohol?

Gar nicht

Seltener als 1-mal im Monat

Mindestens 1-mal im Monat, aber nicht jede Woche

Etwa 1-mal pro Woche

2 bis 3-mal pro Woche

4 bis 5-mal pro Woche

(Fast) täglich

Die folgenden Fragen beziehen sich auf deine Schlafgewohnheiten

- 42.) 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.

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

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

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

- 44.) Achten deine Eltern darauf, wann du ins Bett gehst?

Ja Nein

- 45.) Kannst du schlecht einschlafen?

Ja Nein

- 46.) Kannst du schlecht durchschlafen?

Ja Nein

Nochmal ein paar Fragen zu dir

- 47.) Bitte denke nun an das **letzte halbe Jahr**. Bitte überlege bei jeder Aussage, wie sehr sie auf dich zutrifft.

Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Ich habe häufig Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen, mir wird oft schlecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir häufig Sorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin oft unglücklich oder niedergeschlagen, ich muss häufig weinen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neue Situationen machen mich nervös, ich verliere leicht das Selbstvertrauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe viele Ängste, ich fürchte mich leicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde leicht wütend, ich verliere oft meine Beherrschung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalerweise tue ich, was man mir sagt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schlage mich häufig, ich kann Andere zwingen zu tun, was ich will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere behaupten oft, dass ich lüge oder mogele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme Dinge, die mir nicht gehören (von zu Hause, in der Schule oder anderswo).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jetzt geht es um Mediennutzung

48.) Hast du einen eigenen PC oder ein eigenes Laptop mit Internetzugang bei dir zu Hause?

 Ja

 Nein

→ 49.) Hast du bei dir zu Hause die Möglichkeit, einen PC oder ein Laptop mit Internetzugang zu nutzen?

 Ja

 Nein

50.) Hast du ein eigenes Handy/Smartphone, mit dem du jederzeit ins Internet kommst?

 Ja

 Nein

51.) Gibt es bei dir zu Hause einen Streaming Dienst (z. B. Netflix, Amazon Prime), den du nutzen kannst?

 Ja

 Nein

52.) Wie häufig zockst du Spiele (z. B. am PC, am Tablet, mit der Konsole, dem Handy/Smartphone)?

Pro Woche

Gar nicht	Seltener als 1-mal pro Woche	An 1 Tag	An 2 Tagen	An 3 Tagen	An 4 Tagen	An 5 Tagen	An 6 Tagen	Täglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53.) An einem **gewöhnlichen Tag**: Wie lange machst du folgende Dinge?

Stunden

Spiele zocken (z. B. am PC, am Tablet, mit der Konsole, dem Handy/ Smartphone)	Gar nicht	Weniger als 10 Min	Weniger als 1 Stunde	1	2	3	4	5	6	7	8	Mehr als 8
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Medien nutzen (z. B. Whatsapp, Snapchat, Instagram)	Gar nicht	Weniger als 10 Min	Weniger als 1 Stunde	1	2	3	4	5	6	7	8	Mehr als 8
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Netflix, Youtube, Twitch oder Amazon Prime gucken	Gar nicht	Weniger als 10 Min	Weniger als 1 Stunde	1	2	3	4	5	6	7	8	Mehr als 8
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TV/DVD gucken (z. B. Sat.1, ProSieben)	Gar nicht	Weniger als 10 Min	Weniger als 1 Stunde	1	2	3	4	5	6	7	8	Mehr als 8
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Am Bildschirm lesen oder schreiben (z. B. E-Mail, Blogs, Word, Wikipedia)	Gar nicht	Weniger als 10 Min	Weniger als 1 Stunde	1	2	3	4	5	6	7	8	Mehr als 8
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54.) Wie lange würdest du ohne die Nutzung von Medien (Handy/Smartphone, PC, TV, ...) am Tag aushalten?

Stunden

Gar nicht	Weniger als 10 Minuten	Weniger als 1 Stunde													Mehr als 12 Stunden		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie ist das bei dir zu Hause und in der Schule?

55.) Gibt es bei dir zu Hause Regeln zum Umgang mit Medien (z. B. Handy, Smartphone, Konsole, Fernseher)?

Ja Nein

56.) Kümmern sich deine Eltern darum, was du im Internet tust?

Ja Nein

57.) Wie viel wissen eigentlich deine Eltern darüber ...

Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.

	Gar nichts	Wenig	Mäßig viel	Viel	Sehr viel
... was du im Internet machst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... welche Spiele du zockst (z. B. am PC, am Tablet, mit der Konsole, dem Handy/Smartphone)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie du allgemein deine Freizeit verbringst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58.) Hat dein Kinderarzt/Hausarzt jemals ...

Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.

	Ja	Nein	Weiß nicht
... mit dir über Mediennutzung gesprochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dir gesagt, wie viel Schlaf für dich gut ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dir gesagt, wie viel Sport du machen solltest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59.) Nun geht es um den Umgang mit eigenen Geräten wie Smartphones an deiner Schule.

Gibt es an deiner Schule Regeln für Schülerinnen und Schüler deiner Klassenstufe zum Umgang mit Medien (z. B. Smartphones, tragbare Konsolen)?

Ja Nein → Weiter bei 61.)



60.) Was trifft für Deine Klassenstufe zu?

Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.

	Stimmt	Stimmt nicht
Wir dürfen für den Unterricht eigene Geräte nutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir dürfen in der Pause oder in Freistunden unsere eigenen Geräte benutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir dürfen in der Schule unsere eigenen Geräte gar nicht benutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jetzt geht es um Mobbing

61.) Wurdest du **in diesem Schuljahr** in der Schule schikaniert oder belästigt?

Nie Selten Manchmal Oft Sehr oft

62.) Hast du **in diesem Schuljahr** andere Schülerinnen oder Schüler in der Schule schikaniert oder belästigt?

Nie Selten Manchmal Oft Sehr oft

63.) Wurdest du **in diesem Schuljahr** über das **Internet** oder über das **Handy** (z. B. über SMS, Whatsapp, Facebook, Instagram) schikaniert oder belästigt?

Nie Selten Manchmal Oft Sehr oft

64.) Hast du **in diesem Schuljahr** andere Schülerinnen oder Schüler über das **Internet** oder über das **Handy** (z. B. über SMS, Whatsapp, Facebook, Instagram) schikaniert oder belästigt?

Nie Selten Manchmal Oft Sehr oft

Jetzt geht es um Bewegung

65.) Kannst du schwimmen?

Ja Nein → **Weiter bei 67.)**



66.) Welches Schwimmabzeichen hast du zuletzt gemacht?

Seepferdchen Bronze Silber Gold Keines Weiß ich nicht

67.) Wie viele Stunden Sport treibst du in einer **normalen Woche** in einem **Verein**?

Wenn du nicht in einem Sportverein bist, trage einfach eine 0 ein. Bitte runde auf volle Stunden auf!

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

68.) Und wie viele Stunden Sport treibst du in einer **normalen Woche** in deiner **sonstigen Freizeit**?

Runde bitte wieder auf volle Stunden auf!

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

69.) Meine letzte Sportnote war eine 1 2 3 4 5 6

70.) 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 zu Fuß zurückgelegt

Gar keine	Weniger als 10 Minuten	10 bis 29 Minuten	30 bis 59 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 mit dem Fahrrad/Kickboard/Scooter/Longboard zurückgelegt

Gar keine	Weniger als 10 Minuten	10 bis 29 Minuten	30 bis 59 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 29 Minuten	30 bis 59 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 Wettkämpfe, Joggen, Trampolin springen)

Gar keine	Weniger als 10 Minuten	10 bis 29 Minuten	30 bis 59 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"/>

Das war's. Vielen Dank für deine Teilnahme.