

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 / /
Tag Monat Jahr

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**

--	--	--	--

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

□	10
□	9
□	8
□	7
□	6
□	5
□	4
□	3
□	2
□	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.) An wie vielen Tagen hast du im **letzten Monat** in der Schule gefehlt, weil du krank warst?

Gar nicht

1-2 Tage

3-5 Tage

6-10 Tage

Mehr als 10 Tage

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

Öffentliche Verkehrs-
mittel, z. B. Bus

Mit dem Auto

Mit dem Fahrrad

Zu Fuß

17.) 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

18.) 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"/>

19.) 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"/>

20.) 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"/>

21.) 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"/>

22.) 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"/>

23.) 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 25.

24.) Hast du schon mal **Medikamente** eingenommen gegen ...

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"/>

25.) Im letzten halben Jahr:

	Nie oder kaum	Jeden Monat	Jede Woche	Mehrere Male pro Woche	(Fast) täglich
<input checked="" type="checkbox"/> Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.					
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"/>

Jetzt geht es um deine Freunde

26.) 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"/>

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

	Keine	Die Hälfte	Alle
Zigarette rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Shisha/Wasserpfeife rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-Zigarette/ E-Shisha dampfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jetzt geht es um Kaffee und Energydrinks

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

Ja Nein

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

Ja Nein → Weiter bei 34.)

30.) 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"/>

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

Ja Nein

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

Ja Nein

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

Ja Nein

Nun geht es ums Rauchen

34.) 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 36.)



Zigarette

35.) 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

36.) 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 38.)



Shisha

37.) 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

38.) 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

39.) 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 41.)

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

Sicher nicht

Eher nicht

Eher ja

Sicher ja

41.) 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

↓
Weiter bei 43.)

42.) Wie häufig konsumierst du zurzeit **Cannabis/Marihuana**?

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

Jetzt geht es um Alkohol

43.) 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



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

- Sicher nicht
 Eher nicht
 Eher ja
 Sicher ja



Weiter bei 49.)

45.) 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

Welche Erfahrungen hast du mit Alkohol gemacht?

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

Hinweis: Ein alkoholisches Getränk entspricht etwa 0,25 l Bier, 0,1 l Wein/Sekt oder 0,04 l Spirituosen (z. B. Wodka).



Weniger als 1

1 bis 2

3 bis 4

5 bis 6

7 bis 9

10 oder mehr

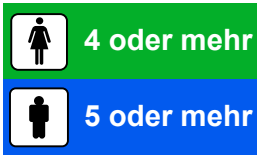
Die nächsten beiden Fragen unterscheiden zwischen



und



47.) Hast du **jemals**



alkoholische Getränke zu einer Gelegenheit getrunken?

Ja

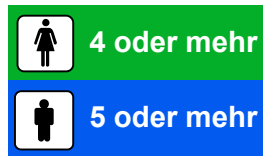
Nein



Weiter bei 49.)

48.) In den letzten 30 Tagen:

Wie häufig hast du



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

Die folgenden Fragen beziehen sich auf deine Schlafgewohnheiten

49.) 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.*

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

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

Ja

Nein

52.) Kannst du schlecht einschlafen?

Ja

Nein

53.) Kannst du schlecht durchschlafen?

Ja

Nein

Nochmal ein paar Fragen zu dir

54.) Wie zutreffend sind folgende Aussagen für dich?

Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.

	Trifft gar nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
Ich fühle mich allein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Menschen, die mich wirklich verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55.) 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

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

Ja Nein



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

Ja Nein

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

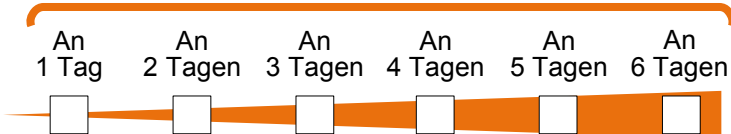
Ja Nein

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

Ja Nein

60.) 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	Pro Woche						Täglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	An 1 Tag	An 2 Tagen	An 3 Tagen	An 4 Tagen	An 5 Tagen	An 6 Tagen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>

61.) 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	Stunden								Mehr als 8
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="checkbox"/>
Soziale Medien nutzen (z. B. Whatsapp, Snapchat, Instagram)	Gar nicht	Weniger als 10 Min	Weniger als 1 Stunde	Stunden								Mehr als 8
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="checkbox"/>
Netflix, Youtube, Twitch oder Amazon Prime gucken	Gar nicht	Weniger als 10 Min	Weniger als 1 Stunde	Stunden								Mehr als 8
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="checkbox"/>
TV/DVD gucken (z. B. Sat.1, ProSieben)	Gar nicht	Weniger als 10 Min	Weniger als 1 Stunde	Stunden								Mehr als 8
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	<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	Stunden								Mehr als 8
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="checkbox"/>

62.) 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	Stunden										Mehr als 12 Stunden		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	<input type="checkbox"/>

63.) Wie oft verordnest du dir selbst medienfreie Zeit?

Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
<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?

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

Ja Nein → Weiter bei 66.)



65.) Was trifft auf dein Zuhause zu?

Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu
Ich darf nur eine bestimmte Zeit pro Tag mein Smartphone und andere Medien wie Konsolen/Fernseher nutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Essen herrscht Handy-Verbot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei den Hausaufgaben darf ich keine sozialen Medien nutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bevor ich ins Bett gehe muss ich mein Handy abgeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Ja Nein → Weiter bei 68.)



67.) Was trifft auf deine Eltern zu?

Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu
Meine Eltern erklären mir, was im Internet erlaubt ist und was nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern bitten mich, nicht zu viel Privates im Internet preiszugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68.) 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"/>

69.) 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"/>

70.) 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 72.)



71.) 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

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

Nie Selten Manchmal Oft Sehr oft

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

Nie Selten Manchmal Oft Sehr oft

74.) 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

75.) 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

76.) Kannst du schwimmen?

Ja Nein → Weiter bei 78.)



77.) Welches Schwimmabzeichen hast du zuletzt gemacht?

Seepferdchen Bronze Silber Gold Keines Weiß ich nicht

78.) 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!

--	--

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

Runde bitte wieder auf volle Stunden auf!

--	--

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

81.) 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.