



## 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 Lehrerinnen oder Lehrer, deine Eltern, noch sonstige Personen erfahren etwas über deine Angaben.
- Die Befragung erfolgt ohne Angaben 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.

1. Nimm einen **dunklen Stift**.
2. Fülle alle **farbig umrandeten Buchstaben und Zahlen** aus und **übertrage sie auf die nächste Seite**.

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

3. **Trenne 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

## Nichts vergessen?

Hast du daran gedacht die beiden gelben Blätter abzutrennen  
und dein 7-stelliges Codewort eingetragen?

Gut! Dann kannst du jetzt mit der  
Beantwortung des Fragebogens beginnen.



## Es geht los.

1.) Ich bin  männlich  weiblich  divers (3. Geschlecht)

2.) Trage hier bitte dein Alter ein:

3.) Wurdest du in Deutschland geboren?

Ja  Nein

4.) Wurde deine Mutter in Deutschland geboren?

Ja  Nein

5.) Wurde dein Vater in Deutschland geboren?

Ja  Nein

6.) In welche Klasse gehst du?

5. Klasse  6. Klasse  7. Klasse  8. Klasse  9. Klasse  10. Klasse

7.) Bitte gib deine Körpergröße an (in cm):  
(Benutze hierbei kein Punkt oder Komma)

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

8.) 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

9.) Bitte gib dein Körpergewicht an (in kg):  
(Benutze hierbei kein Punkt oder Komma)

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

10.) 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

## Ein paar Fragen zu dir.

11.) Machst du dir Sorgen darüber, wie viel Geld deine Familie hat?

überhaupt nicht      gelegentlich      manchmal      oft      sehr oft

12.) 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

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? Entscheide dich für **eine Antwort**.

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.) Die folgenden Fragen beziehen sich auch auf das **letzte halbe Jahr**:

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"/>
Hattest du Probleme beim Einschlafen oder bist öfter aufgewacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23.) Würdest du sagen, deine Gesundheit ist...

ausgezeichnet      gut      einigermaßen      schlecht

24.) Ich weiß, wie ich gesund bleiben kann.

stimmt nicht      stimmt wenig      stimmt mittelmäßig      stimmt ziemlich      stimmt sehr

25.) Gibt es an deiner Schule Aktivitäten (z. B. Projektstage) zum Thema Gesundheit?

Ja       Nein       Weiß nicht

### Jetzt geht es um deine Freunde.

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

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

### Jetzt geht es um Energy Drinks.

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

Ja       Nein      **→ Weiter bei 29.)**



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

## Nun geht es ums Rauchen.

29.) 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 31.)

30.) 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

31.) 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 33.)

32.) 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



33.) 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

34.) 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 35.)

Weiter bei 36.)

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

Sicher nicht

Eher nicht

Eher ja

Sicher ja





36.) Glaubst du, dass **E-Zigaretten/E-Shishas** gesundheitsschädlich sind?

gar nicht  
gesundheitsschädlich

etwas gesundheitsschädlich

ziemlich  
gesundheitsschädlich

sehr  
gesundheitsschädlich





37.) Weißt du, was **Juul** oder **juuling** ist?

Ja

Nein

38.) Wie häufig hast du in deinem Leben bisher **Juul** gedampft?

Noch nie

Nur ein paar Züge

1 bis 19-mal

20 bis 100-mal

Mehr als 100-mal

39.) Wie häufig dampfst du zurzeit **Juul**?

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 40.)

Weiter bei 41.)

40.) Warst du jemals neugierig, **Juul** zu dampfen?

- 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

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

Weiter bei 43.)

## 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.) 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

Weiter bei 45.)

Die nächsten beiden Fragen unterscheiden zwischen  Mädchen und  Jungen :

45.) Hast du jemals  4 oder mehr  5 oder mehr mehr alkoholische Getränke zu einer Gelegenheit getrunken?

Ja  Nein

46.) In den **letzten 30 Tagen**: Wie häufig hast du 4/5  4 oder mehr  5 oder mehr alkoholische Getränke zu einer Gelegenheit getrunken?

Gar nicht  1-mal  2 bis 3-mal  4 bis 5-mal  6 bis 10-mal  Mehr als 10-mal

## Die folgenden Fragen beziehen sich auf deine Schlafgewohnheiten

47.) 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.

--	--	--	--

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

--	--	--	--

## Nochmal ein paar Fragen zu dir

49.) 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 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"/>

50.) Meine Zukunft erscheint mir hoffnungslos.

trifft gar nicht zu	trifft ein wenig zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51.) Ich fühle mich allein.

trifft gar nicht zu	trifft ein wenig zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

52.) Es gibt Menschen, die mich wirklich verstehen.

trifft gar nicht zu	trifft ein wenig zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53.) 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 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"/>

54.) An einem gewöhnlichen Tag: wie lange verbringst du vor einem Bildschirm (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"/>

## Jetzt geht es um Bewegung.

- 55.) 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"/>

## Nun einige Fragen zu deinem Wohlbefinden.

- 56.) Fühlst du dich in deiner Schule wohl?

sicher nicht	eher nicht	eher ja	sicher ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 57.) Fühlst du dich mit den Menschen an deiner Schule verbunden?

sicher nicht	eher nicht	eher ja	sicher ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

sicher nicht	eher nicht	eher ja	sicher ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

60.) Wie viele Freunde oder Freundinnen hast du insgesamt?

keine      Einen oder eine      2 oder 3      4 oder 5      6 bis 9      10 oder mehr

61.) Gibt es an deiner Schule mindestens eine/n Schüler/innen, mit der/dem du reden kannst, wenn du Probleme hast?

sicher nicht      eher nicht      eher ja      sicher ja

62.) Gibt es an deiner Schule Lehrer/innen oder andere Erwachsene, mit denen du reden kannst, wenn du Probleme hast?

sicher nicht      eher nicht      eher ja      sicher ja

63.) Gibt es zu Hause jemanden, mit dem du reden kannst, wenn du Probleme hast?

sicher nicht      eher nicht      eher ja      sicher ja

64.) Wie häufig wurdest du in den letzten **drei Monaten** in der Schule...

Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.

	nie	selten	manchmal	ungefähr einmal pro Woche	mehrmals pro Woche
<b>körperlich angegriffen</b> (z. B. gegen deinen Willen geschlagen, getreten, festgehalten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>mit Worten angegriffen?</b> (z. B. gegen deinen Willen beleidigt, bedroht, erpresst, es wurden Gerüchte verbreitet)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ausgeschlossen/ausgegrenzt</b> (z. B. gegen deinen Willen ignoriert, nicht in einer Gruppe dabei sein lassen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>sexuell belästigt</b> (z. B. gegen deinen Willen betatscht, geküsst)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>über das Internet oder über das Handy schikaniert oder belästigt</b> (z. B. über Whatsapp, Facebook, Instagram Fotos/Videos verbreitet)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65.) Wie häufig hast du in den letzten **drei Monaten andere Schülerinnen oder Schüler** in der Schule...

Bitte kreuze pro Zeile ein Kästchen an.

	nie	selten	manchmal	ungefähr einmal pro Woche	mehrmals pro Woche
<b>körperlich angegriffen</b> (z. B. gegen ihren Willen geschlagen, getreten, festgehalten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>mit Worten angegriffen</b> (z. B. gegen deinen Willen beleidigt, bedroht, erpresst, es wurden Gerüchte verbreitet)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ausgeschlossen/ausgegrenzt</b> (z. B. gegen ihren Willen ignoriert, nicht in einer Gruppe dabei sein lassen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>sexuell belästigt</b> (z. B. gegen ihren Willen betastet, geküsst)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>über das Internet oder über das Handy schikaniert oder belästigt</b> (z. B. über Whatsapp, Facebook, Instagram Fotos/Videos verbreitet)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

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

68.) Gab es in den den letzten vier Wochen einen oder mehrere ganze Tage, an denen du die Schule geschwänzt hast?

Ja                     Nein

**69.)** Wie häufig hast Du Dich in den letzten 12 Monaten in der Schule oder auf dem Schulweg verletzt und musstest deswegen von einem Arzt untersucht bzw. behandelt werden?

1-mal      2-mal      3-mal oder häufiger      Kein mal

Weiter bei 71.)

**70.)** Wo genau warst Du gerade, als Dir diese Verletzung passiert ist?

- im Sportunterricht  
 auf dem Schulweg (Hin- oder Rückweg)  
 auf dem Schulhof  
 an der Bus- oder Bahnhaltestelle  
 bei einer Schulveranstaltung (z. B. Schulausflug oder Projekttag usw.)  
 im Schulgebäude, aber nicht im Sportunterricht (z. B. im Klassenzimmer oder im Treppenhaus)  
 an einem anderen Ort, und zwar:

**71.)** Wie viel Stunden hörst du in einer Woche Musik über Boxen oder Kopfhörer?

Gar nicht      Weniger als eine Stunde      1 - 3 Stunden      4 - 6 Stunden      7 - 9 Stunden      10 oder mehr

**72.)** Wie häufig gehst du im Monat in einen Club oder eine Disko?

nie      1- mal      2- mal      3- mal      4- mal      Häufiger als 4- mal

**Das war's. Vielen Dank für deine Teilnahme.**