

SOEP Survey Papers

Series A - Survey Instruments (Erhebungsinstrumente)

SOEP – The German Socio-Economic Panel Study at DIW Berlin

2014

SOEP-RS FiD 2013 – Erhebungsinstrumente 2013 von 'Familien in Deutschland': Elternfragebogen 2: „Für alle Kinder des Jahrgangs 2011“

TNS Infratest Sozialforschung

Running since 1984, the German Socio-Economic Panel Study (SOEP) is a wide-ranging representative longitudinal study of private households, located at the German Institute for Economic Research, DIW Berlin.

The aim of the SOEP Survey Papers Series is to thoroughly document the survey's data collection and data processing.

The SOEP Survey Papers is comprised of the following series:

Series A – Survey Instruments (Erhebungsinstrumente)

Series B – Survey Reports (Methodenberichte)

Series C – Data Documentations (Datendokumentationen)

Series D – Variable Descriptions and Coding

Series E – SOEPmonitors

Series F – SOEP Newsletters

Series G – General Issues and Teaching Materials

The SOEP Survey Papers are available at
<http://www.diw.de/soepsurveypapers>

Editors:

Prof. Dr. Gert G. Wagner, DIW Berlin and Technische Universität Berlin

Prof. Dr. Jürgen Schupp, DIW Berlin and Freie Universität Berlin

Please cite this paper as follows:

TNS Infratest Sozialforschung. 2014. SOEP-RS FiD 2013 – Erhebungsinstrumente 2013 von 'Familien in Deutschland': Elternfragebogen 2: „Für alle Kinder des Jahrgangs 2011“. SOEP Survey Papers 211: Series A. Berlin: DIW/SOEP

ISSN: 2193-5580 (online)

Contact: DIW Berlin
SOEP
Mohrenstr. 58
10117 Berlin

Email: soepapers@diw.de

TNS INFRATEST SOZIALFORSCHUNG

**SOEP-RS FiD 2013 –
ERHEBUNGSINSTRUMENTE 2013 VON 'FAMILIEN
IN DEUTSCHLAND': ELTERNFRAGEBOGEN 2:
„FÜR ALLE KINDER DES JAHRGANGS 2011“**

München, 2013

Reprint 2014



Familien in Deutschland

Befragung 2013



Elternfragebogen 2: „Für alle Kinder des Jahrgangs 2011“

Im Alter von 1 oder 2 Jahren fängt ein Kind an, seine Umwelt zu begreifen und sammelt wichtige Erfahrungen. Die Wissenschaft interessiert sich sehr für diese Entwicklungsphase des beginnenden eigenständigen Handelns. Dieser Fragebogen richtet sich an Mütter von Kindern, **die im Jahr 2011 geboren** sind. Alleinerziehende Väter bzw. Väter, die die Hauptbetreuungsperson des Kindes sind, bitten wir ebenfalls um das Interview zu gewähren. Unsere Fragen beziehen sich auf Ihre persönlichen Erfahrungen und die Entwicklung des Kindes.

Ihre Mitarbeit ist freiwillig.

Wir bitten Sie aber herzlich,

- unserem Mitarbeiter die Fragen zu beantworten
- oder den Fragebogen sorgfältig selbst auszufüllen.

2

Bitte vor Übergabe unbedingt eintragen
lt. Adressenprotokoll:

Nr. des Haushalts:

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

Vorname der Mutter/des Vaters:

Person Nr.:

--	--

Bitte in Druckbuchstaben

1. Wie heißt das Kind?

Vorname des Kindes:

Person Nr.:

--	--

Bitte in Druckbuchstaben

2. In welchem Jahr und Monat wurde das Kind geboren?

2011.....

Monat:.....

3. Um Ihr wievieltens Kind handelt es sich bei diesem Kind?

Es ist das Kind.

4. Handelt es sich um Ihr leibliches Kind?

Ja..... Nein.....

5. Auch wenn es schon etwas länger her ist, denken Sie einmal an den gesamten Zeitraum seit der Geburt des Kindes bis jetzt: Inwieweit stimmen Sie heute den folgenden Aussagen zu?

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu
Meine Lebensumstände haben sich sehr stark verändert.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Aufziehen des Kindes bereitet mir Glück und Freude.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin oft am Ende meiner Kräfte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Rolle als Mutter/Vater ist für mich sehr befriedigend.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich den Aufgaben und Anforderungen oft nicht gewachsen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lerne über das Kind auch andere Menschen kennen und knüpfe neue Kontakte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide darunter, auf meine Rolle als Mutter/Vater eingeschränkt zu sein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dem Kind viel Zärtlichkeit zu geben ist mir sehr wichtig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Wurde das Kind gestillt, und wenn ja, wie lange?

Wurde nur in den ersten vier Wochen gestillt.....
Wurde länger gestillt, und zwar: Monate
Wird noch gestillt.....
Nein, wurde nicht gestillt.....

7. Wurden bei Ihrem Kind bei der letzten, einer früheren "U"- Untersuchung oder anderen Untersuchung Anhaltspunkte für Verzögerungen, Störungen oder Behinderungen festgestellt?

Ja, bei einer "U" - Untersuchung ⇒ und zwar **erstmal**s bei:
Ja, bei einer anderen Untersuchung ..
Nein.....

8. Welche war die letzte der sogenannten "U"- Untersuchungen die bei dem Kind durchgeführt wurde?

Es wurde keine dieser Untersuchungen durchgeführt.....

Ihr Kind heute.

9. Wie sind gegenwärtig Größe und Gewicht des Kindes?

Körpergröße in cm

Gewicht in Kilogramm

10. Gab es bei dem Kind in den letzten 12 Monaten gesundheitliche Probleme, die einen Krankenhausaufenthalt notwendig machten?

Ja..... ⇒ und zwar: Tage

Nein.....

11. Mussten Sie in den letzten 3 Monaten wegen gesundheitlicher Probleme des Kindes einen Arzt aufsuchen oder rufen?

Ja..... ⇒ und zwar: mal

Nein.....

12. Ist von einem Arzt bei dem Kind einmal eine der folgenden Erkrankungen oder Störungen festgestellt worden?

Bitte alles Zutreffende ankreuzen!

- Asthma
- Chronische Bronchitis
- Spastische/akute Bronchitis
- Pseudokrupp/Kruppsyndrom.....
- Mittelohrentzündung.....
- Heuschnupfen
- Neurodermitis
- Fehlsichtigkeit (z. B. Schielen)
- Schwerhörigkeit.....
- Ernährungsstörungen.....
- Störungen der Motorik, des Bewegungsapparates .
- Sonstige Störungen/Behinderungen
- Nein, nichts davon.....

⇒ und zwar:

13. Wie würden Sie das Kind im Vergleich zu anderen Kindern gleichen Alters beurteilen?

Je weiter links Sie Ihr Kreuz machen, um so mehr trifft die linke Eigenschaft zu, je weiter rechts Sie Ihr Kreuz machen, um so mehr trifft die rechte Eigenschaft zu!


Mein Kind ...

ist eher schüchtern	<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"/> =	ist eher kontaktfreudig
ist eher konzentriert	<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"/> =	ist eher leicht ablenkbar
ist eher trotzig	<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"/> =	ist eher folgsam
begreift eher schnell	<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"/> =	braucht mehr Zeit

14. Lebt der leibliche Vater und die leibliche Mutter des Kindes hier im Haushalt?

Nein
 
 Ja  Weiter mit Frage 18!

15. Wie häufig sehen sich das Kind und sein Vater/seine Mutter?

Täglich
Jede Woche
14-tägig
Jeden Monat
Seltener
Nie  Weiter mit Frage 17!

16. Wie lange dauert typischerweise solch ein Treffen zwischen dem Kind und dem leiblichen Vater/der leiblichen Mutter?



 Bitte geben Sie die Dauer der Treffen in ganzen Tagen oder in Stunden an!

oder
Tage Stunden





17. Wie eng ist die Beziehung zwischen Ihnen und dem leiblichen Vater/der leiblichen Mutter des Kindes?

Sehr eng
Eng
Mittel
Nur flüchtig
Überhaupt keine Beziehung

18. Wird das Kind bereits regelmäßig oder zeitweise in einer Kinderkrippe, Kindertageseinrichtung oder durch eine Tagesmutter/Tagespflege betreut?

Ja
 
 Nein  Weiter mit Frage 23!

und zwar:

Regelmäßig in einer Kindertageseinrichtung oder einer Kinderkrippe  und zwar
  Stunden pro Tag
 Zeitweise in einer Kindertageseinrichtung oder einer Kinderkrippe
 Regelmäßig durch eine Tagesmutter/Tagespflege  und zwar
  Stunden pro Tag
 Zeitweise durch eine Tagesmutter/Tagespflege


19. Wann haben Sie das Kind zum ersten Mal in eine Kinderkrippe, Kindertageseinrichtung oder zu einer Tagesmutter/Tagespflege gegeben?

Monat Jahr

20. Wie wichtig waren folgende Gründe für die Betreuung?


	Ganz und gar unwichtig	Eher unwichtig	Eher wichtig	Äußerst wichtig
Ich habe eine Erwerbstätigkeit aufgenommen bzw. wieder aufgenommen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe meine Erwerbstätigkeit ausgeweitet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine berufliche Ausbildung, Weiterbildung oder ein Studium aufgenommen bzw. fortgesetzt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erhoffte mir einen positiven Einfluss auf die Entwicklung des Kindes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte mehr Zeit für kulturelle, politische oder sportliche Aktivitäten oder mehr Freizeit haben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Gründe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
und zwar:				

21. Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Merkmalen der Betreuung in der Kindertageseinrichtung/ im Kindergarten oder bei der Tagesmutter/Tagespflege?

 Bitte verwenden Sie Werte von 0 für „ganz und gar unzufrieden“ bis 10 „ganz und gar zufrieden“ und stufen Sie Ihre Einschätzung mit den Werten dazwischen ab.

Wie zufrieden sind Sie in Bezug auf ...	ganz und gar unzufrieden					ganz und gar zufrieden					
die Größe der Gruppe.....	<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"/>	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
die Anzahl von Betreuungspersonen in der Gruppe.....	<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"/>	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
die Öffnungszeiten.....	<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"/>	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
die anfallenden Kosten.....	<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"/>	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aktivitäten und Lernangebote für die Kinder	<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"/>	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
den flexiblen Umgang mit unvorhergesehenen Situationen.....	<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"/>	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
die Möglichkeiten der Elternbeteiligung.....	<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"/>	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
den Umgang der Erzieher/-innen mit dem Kind.....	<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"/>	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
den Kontakt der Erzieher/-innen mit den Eltern.....	<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"/>	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

22. Wenn Sie sich einmal an die Eingewöhnung Ihres Kindes in die KiTa zurückerinnern, was war für Ihr Kind problematisch oder unproblematisch?

 Bitte verwenden Sie Werte von 1 für „sehr problematisch“ bis 7 „unproblematisch“ und stufen Sie Ihre Einschätzung mit den Werten dazwischen ab.

	sehr problematisch				un- problematisch		
	1	2	3	4	5	6	7
Das Zusammensein mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Beziehung zu den Erziehern/Erzieherinnen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Trennung von zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Umstellung auf einen festen Tagesrhythmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weiter mit Frage 25!

23. Es gibt verschiedene Gründe, warum Eltern ihre Kinder ausschließlich zu Hause und nicht in einer Einrichtung oder durch eine Tagesmutter/Tagespflege betreuen lassen. Welche der folgenden Gründe treffen auf Sie zu?

	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
Weil ich das Kind noch für zu jung halte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil ich das Kind selber erziehen möchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil ich sowieso zu Hause bin und die Betreuung übernehmen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegen der zu hohen Kosten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil ich für das Kind keinen Platz bekommen habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil die Entfernung zu groß ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil die Öffnungszeiten für mich nicht passen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil es zu aufwendig ist, das Kind jeden Tag hinzubringen und abzuholen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil das Kind eine chronische Krankheit oder Behinderung hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil das Kind möglichst viel Zeit mit den Geschwistern verbringen soll.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Sind Sie schon in Bezug auf eine zukünftige Betreuung des Kindes aktiv geworden?


 Bitte alles Zutreffende ankreuzen!

Ja, stehe bereits auf der Warteliste einer Kindertagesstätte/Kinder- krippe, eines Kindergartens.....	<input type="checkbox"/>
Ja, habe Kontakt zu Tagesmüttern/Tagespflege aufgenommen	<input type="checkbox"/>
Ja, habe Kontakt mit dem Jugendamt/einer amtlichen Stelle aufgenommen	<input type="checkbox"/>
Ja, sonstige Aktivität.....	<input type="checkbox"/>
Nein, suche zwar noch nicht, habe mir aber schon konkrete Gedanken dazu gemacht	<input type="checkbox"/>
Nein, das lasse ich einfach auf mich zukommen	<input type="checkbox"/>
Nein, ich möchte mein Kind generell nicht von Einrichtungen oder Personen außerhalb der Familie betreuen lassen	<input type="checkbox"/>

25. Wenn Sie einmal an eine normale Woche denken:
 Gibt es außer Ihnen andere Personen, die die Betreuung des Kindes zeitweise übernehmen?
 Wenn ja, welche Personen sind das und wie viele Stunden pro Woche übernehmen sie die Betreuung?

	Ja	Stunden pro Woche
(Ehe-)Partner/in.....	<input type="checkbox"/> =>	<input type="text"/>
Vater/Mutter des Kindes (falls nicht im Haushalt)....	<input type="checkbox"/> =>	<input type="text"/>
Großeltern des Kindes	<input type="checkbox"/> =>	<input type="text"/>
Ältere Geschwister des Kindes	<input type="checkbox"/> =>	<input type="text"/>
Andere Verwandte.....	<input type="checkbox"/> =>	<input type="text"/>
Kinderfrau (in Ihrem Haushalt)	<input type="checkbox"/> =>	<input type="text"/>
Andere (z. B. Babysitter, Nachbarn)	<input type="checkbox"/> =>	<input type="text"/>
Nein, keine Person	<input type="checkbox"/>	

26. Wie zufrieden sind Sie mit der Betreuungssituation des Kindes insgesamt?

 Antworten Sie bitte wieder anhand der folgenden Skala,
 bei der "0" ganz und gar **unzufrieden**, "10" ganz und gar **zufrieden** bedeutet.

<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"/>	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ganz und gar unzufrieden											ganz und gar zufrieden

27. Wie oft haben Sie oder Ihr/e Partner/in in den letzten 14 Tagen gemeinsam mit dem Kind
 folgende Aktivitäten ausgeführt?

	Täglich	Mehrmals die Woche	Einmal die Woche	Seltener	Gar nicht
(Vor-)Singen von Kinderliedern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spaziergänge an der frischen Luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschichten vorlesen oder erzählen					
– in deutscher Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– in anderer Sprache.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilderbücher anschauen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf den Spielplatz gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besuch bei anderen Familien mit Kindern.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit dem Kind einkaufen gehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammen Fernsehen/Video/DVD ansehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Kleine Kinder verhalten sich unterschiedlich und beherrschen in verschiedenartiger Weise Fertigkeiten. Wir möchten von Ihnen gerne wissen, wie das bei diesem Kind ist und was es üblicherweise tut. Es gibt keine falschen oder richtigen Antworten. Die „beste“ Antwort ist immer die, die das Kind am besten beschreibt.

tut es tut es tut es
 teilweise nicht

Sprechen:

- Folgt Anweisungen mit zwei Handlungen oder mit einer Handlung und zwei Objekten (z. B. „Bring mir die Stifte und das Papier“, „Setz dich hin und iss dein Mittagessen“).....
- Hört in der Regel einer Geschichte mindestens 5 Minuten aufmerksam zu.....
- Zeigt auf mindestens 5 kleinere Körperteile, wenn es dazu aufgefordert wird (z. B. Finger, Ellbogen, Zähne, Zehen)
- Zeigt auf alltägliche Objekte in einem Buch oder einer Zeitschrift, wenn diese genannt werden (z. B. Hund, Auto, Tasse, Schlüssel)
- Antwortet mit Wörtern oder versucht dies zumindest, wenn ihm eine Frage gestellt wird.....
- Nennt mindestens 10 Objekte
- Benutzt einfache Wörter, um Dinge zu beschreiben (z. B. dreckig, schön, groß, laut)

Alltagsfertigkeiten:

- Isst selbstständig mit dem Löffel, ohne zu kleckern
- Putzt sich selbst die Nase
- Benutzt für „großes Geschäft“ die Toilette oder das Töpfchen.....
- Zieht Jacken, Pullover oder Hemden, die vorne geöffnet sind, ohne Hilfe aus
- Trinkt aus einer Tasse oder einem Glas ohne zu kleckern.....
- Macht Druckknöpfe selbst zu
- Wäscht sich das Gesicht selbständig und trocknet sich ab.....

Bewegung:

- Läuft Treppen hoch, wobei es die Füße abwechselt (darf sich dabei am Treppengeländer festhalten).....
- Rennt problemlos ohne hinzufallen
- Springt oder hopst mindestens 3 Mal vorwärts
- Öffnet Türen mit Türklinke
- Malt einfache Formen aus (darf dabei übermalen)
- Vervollständigt ein einfaches Puzzle von mindestens zwei Teilen oder Formen.....
- Hält Stifte richtig (nicht mit der Faust), um zu malen.....

tut es tut es tut es
 teilweise nicht

Soziale Beziehungen:

- Spielt mit anderen Kindern, meidet andere Kinder nicht
- Zeigt das Bedürfnis, anderen eine Freude zu machen
(z. B. teilt etwas zu essen oder ein Spielzeug, versucht zu helfen,
sogar wenn es dies noch nicht kann)
- Teilt Spielzeug oder andere seiner Sachen,
wenn es darum gebeten wird
- Wenn der Elternteil oder Erzieher den Raum verlässt, spielt es
weiter mit einem anderen Kind, ohne viel zu weinen
- Benutzt Haushaltsgegenstände oder andere Objekte für
Phantasie-Aktivitäten (z. B. tut so, als ob ein Baustein ein Auto wäre
oder eine Kiste ein Haus)
- Zeigt Freundschaft suchendes Verhalten gegenüber anderen
gleichaltrigen Kindern (z. B. nimmt ein anderes Kind an die Hand)
- Erfüllt einfache Bitten von Erwachsenen (z. B. „nimm bitte die
Hausschuhe und bring sie der Oma“)

**29. Wie sehen Sie das Kind heute?
Inwieweit treffen die folgenden Aussagen zu?**

Trifft voll zu Trifft eher zu Trifft eher nicht zu Trifft gar nicht zu

- Das Kind ist meist fröhlich und zufrieden
- Das Kind ist leicht erregbar und weint häufig
- Das Kind ist schwer zu trösten
- Das Kind ist neugierig und aktiv
- Das Kind zeigt Mitgefühl, wenn andere traurig sind
- Die Gesundheit des Kindes macht mir Sorgen

**30. Sprechen Sie oder andere Haushaltsmitglieder mit dem Kind nur Deutsch
oder auch in einer anderen Sprache?**

Nur Deutsch

Auch in einer anderen Sprache... →

Nur in der anderen Sprache →

und zwar:

Sonstige Hinweise:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Listen-Nr.

Lfd. Nr.

Tag

Monat

Abrechnungs-Nummer

Unterschrift des Interviewers