

Nr.	Frage und Antwortvorgaben											
1	Wie wird's gemacht? Antworten Sie bitte so, wie es Ihrer Meinung am besten entspricht. Auf die Fragen gibt es weder „richtige“ noch „falsche“ Antworten.											
Bei den meisten Fragen müssen Sie sich nur zwischen Antwortvorgaben entscheiden und das zutreffende Kästchen ankreuzen .					Ja..... <input checked="" type="checkbox"/> Nein..... <input type="checkbox"/>							
Wenn Sie bei einer Frage mehr als ein Kästchen ankreuzen können, werden Sie darauf hingewiesen:					Mehrfachnennungen möglich							
Bei einigen Fragen werden Sie gebeten Ziffern einzutragen.					<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;">3</td> </tr> </table>			3				
	3											
Bei anderen Fragen haben Sie die Möglichkeit, eine Antwort in eigenen Worten zu formulieren. Bitte verwenden Sie dabei möglichst Block-schrift :					<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 100px; height: 20px;">Deutsch</td> </tr> </table>		Deutsch					
Deutsch												
Bei einigen Fragen arbeiten wir mit einer Skala , z.B. so:												
Sehr zufried-		Ziemlich zu-		Etwas zufried-		Etwas unzu-		Ziemlich un-		Sehr unzu-		
den		frieden		den		frieden		zufrieden		frieden		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Das geht ganz einfach. Wenn Sie mit einem Sachverhalt, den wir abfragen, überhaupt nicht zufrieden sind, machen Sie Ihr Kreuz in das Kästchen ganz rechts . Wenn Sie voll und ganz zufrieden sind, machen Sie Ihr Kreuz in das Kästchen ganz links . Mit den Kästchen dazwischen können Sie Ihr Urteil abstufen .												
Bitte beachten Sie die Hinweise „→ Bitte weiter mit Frage ...“. Wenn auf die von Ihnen angekreuzte Antwort kein solcher Hinweis erfolgt, geht es einfach mit der nächsten Frage weiter.												
Falls Sie Fragen kommentieren oder bei bestimmten Fragen ausführliche Antworten geben wollen, können Sie das auf der letzten Fragebogenseite gerne tun. Wenn Sie den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben, senden Sie ihn bitte in dem beigelegten Freiumschlag an uns zurück. Falls Sie Fragen zu unserer Umfrage oder zum Projekt haben, können Sie sich gerne an uns wenden. Sie erreichen die zuständigen Studienleiter unter ... Telefon: 0931-31-82580 Telefax: 0931- 31-84490 Email: wahlforschung@uni-wuerzburg.de An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!												

V2

Uns interessiert die Frage, wie groß das Vertrauen der Menschen in verschiedene öffentliche Einrichtungen und Organisationen ist. Würden Sie uns bei jeder Einrichtung oder Organisation sagen, wie groß das Vertrauen ist, das Sie ihr entgegen bringen? Benutzen Sie dazu bitte folgende Skala, bei der

1 bedeutet, dass Sie ihr „überhaupt kein“ Vertrauen entgegenbringen,
7 bedeutet, dass Sie ihr „sehr großes“ Vertrauen entgegenbringen.

Mit den Zahlen dazwischen können Sie Ihre Meinung abstufen.

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

Wie ist das mit -	Überhaupt kein Vertrauen						Sehr großes Vertrauen
	1						7
dem Gesundheitswesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7
dem Bundesverfassungsgericht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7
dem Bundestag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7
der Stadt- und Gemeindeverwaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7
der Justiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7
dem Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7
dem Zeitungswesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7
den Hochschulen und Universitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7
der Bundesregierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7
der Polizei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7
den politischen Parteien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7
der Europäischen Kommission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7
dem Europäischen Parlament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7
dem Bayerischen Landtag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7
den Kirchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

V3

Uns interessiert, wie viel Vertrauen verschiedenen Gruppen von Menschen entgegengebracht wird. Können Sie uns für die Menschen jeder der folgenden Gruppen angeben, wie sehr Sie ihnen vertrauen? Vertrauen Sie ihnen völlig, ziemlich, kaum oder gar nicht?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

Wie ist das mit -

	Vertraue völlig	Vertraue ziemlich	Vertraue kaum	Vertraue gar nicht
Mitgliedern Ihrer Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschen in Ihrer Nachbarschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschen, die Sie persönlich kennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschen, denen Sie zum ersten Mal begegneten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschen anderer Religion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschen anderer Nationalität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V4

Wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie – alles in allem – mit der Demokratie, so wie sie in Deutschland besteht?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

Sind Sie mit der Demokratie in Deutschland –

Sehr zufrieden	Ziemlich zufrieden	Etwas zufrieden	Etwas unzufrieden	Ziemlich unzufrieden	Sehr unzufrieden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V5

Wie wichtig ist es für Sie, in einem Land zu leben, das demokratisch regiert wird?
Für Ihre Antwort benutzen Sie bitte diese Skala, auf der

1 für „überhaupt nicht wichtig“ und
10 für „absolut wichtig“ steht.

Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Meinung abstufen.

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

Überhaupt
nicht
wichtig

Absolut
wichtig

<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"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

<p>V6</p>	<p>Und wie demokratisch, meinen Sie, wird Deutschland heute alles in allem regiert? Benutzen Sie für Ihre Antwort erneut eine Zehnerskala, auf der</p> <p style="text-align: center;">1 für „überhaupt nicht demokratisch“ und 10 für „ganz und gar demokratisch“ steht.</p> <p><i>Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!</i></p> <p>Überhaupt nicht demokratisch Ganz und gar demokratisch</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 </p>
<p>V7</p>	<p>Wenn Sie einmal alles in allem nehmen: Wie zufrieden sind Sie zurzeit mit Ihrem Leben? Bitte sagen Sie es unwieder anhand dieser Skala, auf der</p> <p style="text-align: center;">1 „überhaupt nicht zufrieden“ und 10 „völlig zufrieden“ bedeutet.</p> <p><i>Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!</i></p> <p>Überhaupt nicht zufrieden Völlig zufrieden</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 </p>
<p>V8</p>	<p>In dieser Frage geht es darum, wie gut die Demokratie in Deutschland funktioniert. Diesmal geht die Skala von 0 bis 10. Bitte kreuzen Sie den Wert an, der Ihrer Meinung entspricht.</p> <p style="text-align: center;">Der Wert 0 bedeutet „sehr schlecht“, der Wert 10 „sehr gut“.</p> <p>Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Meinung abstufen.</p> <p><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i></p> <p style="text-align: center;">Sehr schlecht Sehr gut</p> <p>Wie gut funktioniert die Demokratie heute in Deutschland?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 </p> <p>Und wie war das vor 10 Jahren? Wie gut funktionierte die Demokratie in Deutschland damals?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 </p> <p>Und wie wird das in 10 Jahren sein? Wie gut wird die Demokratie in Deutschland dann funktionieren?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 </p>

V9	Und wie ist Ihre Meinung zu folgenden Aussagen?					
<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>						
	Stimme überhaupt nicht zu			Stimme voll und ganz zu		
Jeder Bürger hat das Recht, für seine Überzeugung auf die Straße zu gehen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Der Bürger verliert das Recht zu Streiks und Demonstrationen, wenn er damit die öffentliche Ordnung gefährdet.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Jeder sollte das Recht haben, für seine Meinung einzutreten, auch wenn die Mehrheit anderer Meinung ist.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Eine lebensfähige Demokratie ist ohne politische Opposition nicht denkbar.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
In jeder Gesellschaft gibt es Konflikte, die nur mit Gewalt ausgetragen werden können.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Auch wer in einer politischen Auseinandersetzung Recht hat, sollte einen Kompromiss suchen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
In jeder Demokratie gibt es die Pflicht jedes Bürgers, sich regelmäßig an Wahlen zu beteiligen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Eine starke Hand müsste mal wieder Ordnung in unseren Staat bringen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

V10	<p>Wenn Sie nun einmal an die Leistungen der Bundesregierung in Berlin denken. Wie zufrieden sind Sie mit der Art und Weise, wie sie ihre Arbeit erledigt? Für Ihre Antwort benutzen Sie bitte diese Skala, auf der</p> <p style="text-align: center;">0 für „äußerst unzufrieden“ und 10 für „äußerst zufrieden“ steht.</p> <p>Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Meinung abstufen.</p> <p><i>Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!</i></p> <p>Äußerst unzufrieden Äußerst zufrieden</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 </p>
-----	---

V11	<p>Auch in der Politik kann man nicht alles auf einmal haben. Im Folgenden sind einige Ziele aufgeführt, die man in der Politik verfolgen kann. Wenn Sie zwischen diesen verschiedenen Zielen wählen müssten, welches Ziel erschiene Ihnen persönlich am wichtigsten?</p> <p>Und welches am zweitwichtigsten?</p> <p>Und welches Ziel käme an dritter Stelle?</p> <p><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile nurein Kreuz!</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;"></th> <th style="width: 20%;">Aufrechterhaltung von Ruhe und Ordnung in diesem Land</th> <th style="width: 20%;">Mehr Einfluss der Bürger auf die Entscheidungen der Regierung</th> <th style="width: 20%;">Kampf gegen die steigenden Preise</th> <th style="width: 20%;">Schutz des Rechtes auf freie Meinungsäußerung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Am wichtigsten</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Am zweitwichtigsten</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Am dritt-wichtigsten</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Am viert-wichtigsten</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Aufrechterhaltung von Ruhe und Ordnung in diesem Land	Mehr Einfluss der Bürger auf die Entscheidungen der Regierung	Kampf gegen die steigenden Preise	Schutz des Rechtes auf freie Meinungsäußerung	Am wichtigsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Am zweitwichtigsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Am dritt-wichtigsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Am viert-wichtigsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aufrechterhaltung von Ruhe und Ordnung in diesem Land	Mehr Einfluss der Bürger auf die Entscheidungen der Regierung	Kampf gegen die steigenden Preise	Schutz des Rechtes auf freie Meinungsäußerung																						
Am wichtigsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Am zweitwichtigsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Am dritt-wichtigsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Am viert-wichtigsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						

V12	<p>Wenn am nächsten Sonntag Bundestagswahl wäre, wen würden Sie dann wählen? Gemeint ist die Zweitstimme, die über die Sitzverteilung im Bundestag entscheidet.</p> <p><i>Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!</i></p>
	CSU..... <input type="checkbox"/>
	CDU <input type="checkbox"/>
	SPD <input type="checkbox"/>
	FDP <input type="checkbox"/>
	Bündnis '90 / Die Grünen..... <input type="checkbox"/>
	Die Linke..... <input type="checkbox"/>
	Piratenpartei <input type="checkbox"/>
	Freie Wähler..... <input type="checkbox"/>
	ödp <input type="checkbox"/>
	NPD <input type="checkbox"/>
	Die Republikaner..... <input type="checkbox"/>
	Andere Partei, und zwar: _____ <input type="checkbox"/>
	Würde nicht wählen <input type="checkbox"/>

Musterfrage

V13	<p>Wenn am nächsten Sonntag Landtagswahl wäre, wen würden Sie dann wählen?</p> <p><i>Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!</i></p> <p>CSU..... <input type="checkbox"/></p> <p>CDU..... <input type="checkbox"/></p> <p>SPD..... <input type="checkbox"/></p> <p>FDP..... <input type="checkbox"/></p> <p>Bündnis '90 / Die Grünen..... <input type="checkbox"/></p> <p>Die Linke..... <input type="checkbox"/></p> <p>Piratenpartei <input type="checkbox"/></p> <p>Freie Wähler..... <input type="checkbox"/></p> <p>ödp..... <input type="checkbox"/></p> <p>NPD..... <input type="checkbox"/></p> <p>Die Republikaner..... <input type="checkbox"/></p> <p>Andere Partei, und zwar: _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Würde nicht wählen..... <input type="checkbox"/></p>
-----	--

	<p>Wir sind daran interessiert zu erfahren, wie Menschen in der Vergangenheit gewählt haben. Wie war das bei Ihnen? Manchmal kann man das nicht mehr genau sagen. Könnten Sie uns dann bitte ungefähr sagen, welche Parteien es gewesen sein könnten?</p>	
<p>V14</p>	<p>Welche Partei haben Sie bei der letzten Bundestagswahl gewählt? Die letzte Bundestagswahl war im September 2009. Gemeint ist die Zweitstimme, die über die Sitzverteilung im Bundestag entscheidet.</p> <p><i>Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Kästchen an!</i></p> <p>CSU <input type="checkbox"/></p> <p>CDU..... <input type="checkbox"/></p> <p>SPD <input type="checkbox"/></p> <p>FDP <input type="checkbox"/></p> <p>Bündnis '90 / Die Grünen <input type="checkbox"/></p> <p>Die Linke <input type="checkbox"/></p> <p>Piratenpartei <input type="checkbox"/></p> <p>Freie Wähler..... <input type="checkbox"/></p> <p>ödp..... <input type="checkbox"/></p> <p>NPD..... <input type="checkbox"/></p> <p>Die Republikaner <input type="checkbox"/></p> <p>War nicht wahlberechtigt..... <input type="checkbox"/></p> <p>Habe nicht gewählt..... <input type="checkbox"/></p> <p>Andere Partei, und zwar: _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Weiß nicht mehr..... <input type="checkbox"/></p>	

V15	<p>Und welche Partei haben Sie bei der letzten Landtagswahl gewählt? Die letzte Landtagswahl war im September 2008.</p> <p><i>Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Kästchen an!</i></p>
	<p>CSU <input type="checkbox"/></p>
	<p>CDU..... <input type="checkbox"/></p>
	<p>SPD <input type="checkbox"/></p>
	<p>FDP <input type="checkbox"/></p>
	<p>Bündnis '90 / Die Grünen <input type="checkbox"/></p>
	<p>Die Linke <input type="checkbox"/></p>
	<p>Piratenpartei <input type="checkbox"/></p>
	<p>Freie Wähler..... <input type="checkbox"/></p>
	<p>ödp..... <input type="checkbox"/></p>
	<p>NPD..... <input type="checkbox"/></p>
	<p>Die Republikaner <input type="checkbox"/></p>
	<p>War nicht wahlberechtigt..... <input type="checkbox"/></p>
	<p>Habe nicht gewählt..... <input type="checkbox"/></p>
	<p>Andere Partei, und zwar: _____ <input type="checkbox"/></p>
	<p>Weiß nicht mehr..... <input type="checkbox"/></p>

V15P Viele Leute verwenden die Begriffe ‚links‘ und ‚rechts‘, wenn es darum geht, unterschiedliche politische Einstellungen zu kennzeichnen. Wir haben hier einen Maßstab, der von links nach rechts verläuft. Um eine genaue Abstufung zu erlauben, besteht der Maßstab aus 11 Stufen.

1 bedeutet ganz links,
6 steht für die Mitte
11 bedeutet ganz rechts.

Wo lassen sich die **verschiedenen Parteien** Ihrer Meinung nach auf dieser Skala grob einstufen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Links			Mitte					Rechts		
CSU.....	<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"/>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
CDU.....	<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"/>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
SPD.....	<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"/>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
FDP.....	<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"/>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Bündnis 90/Die Grünen ...	<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"/>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Die Linke.....	<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"/>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Piratenpartei.....	<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"/>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Freie Wähler.....	<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"/>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
ödp.....	<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"/>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
NPD.....	<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"/>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Die Republikaner.....	<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"/>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

V16 Und wenn Sie an **Ihre eigenen** politischen Ansichten denken, wo würden Sie diese Ansichten auf dieser Skala einstufen?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

<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"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Links	Mitte					Rechts				

V19	<p>Beginnen wir mit einigen Fragen zur wirtschaftlichen Lage. Wie beurteilen Sie ganz allgemein die heutige wirtschaftliche Lage in der Bundesrepublik?</p> <p><i>Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!</i></p> <p>Sehr gut..... <input type="checkbox"/></p> <p>Gut <input type="checkbox"/></p> <p>Teils gut / teils schlecht..... <input type="checkbox"/></p> <p>Schlecht..... <input type="checkbox"/></p> <p>Sehr schlecht..... <input type="checkbox"/></p>	
-----	--	--

V20	<p>Wie beurteilen Sie Ihre eigene wirtschaftliche Lage?</p> <p><i>Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!</i></p> <p>Sehr gut..... <input type="checkbox"/></p> <p>Gut <input type="checkbox"/></p> <p>Teils gut / teils schlecht..... <input type="checkbox"/></p> <p>Schlecht..... <input type="checkbox"/></p> <p>Sehr schlecht..... <input type="checkbox"/></p>	
-----	--	--

V21	<p>Was glauben Sie, wie wird die wirtschaftliche Lage in Deutschland in einem Jahr sein?</p> <p><i>Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!</i></p> <p>Wesentlich besser als heute <input type="checkbox"/></p> <p>Etwas besser als heute..... <input type="checkbox"/></p> <p>Gleichbleibend <input type="checkbox"/></p> <p>Etwas schlechter als heute <input type="checkbox"/></p> <p>Wesentlich schlechter als heute <input type="checkbox"/></p>	
-----	--	--

V22	<p>Und wie wird Ihre eigene wirtschaftliche Lage in einem Jahr sein?</p> <p><i>Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!</i></p> <p>Wesentlich besser als heute <input type="checkbox"/></p> <p>Etwas besser als heute..... <input type="checkbox"/></p> <p>Gleichbleibend <input type="checkbox"/></p> <p>Etwas schlechter als heute <input type="checkbox"/></p> <p>Wesentlich schlechter als heute <input type="checkbox"/></p>	
-----	--	--

V23	<p>Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen? Denken Sie dabei bitte auch an alle im Haushalt lebenden Kinder.</p> <p style="text-align: center;"><input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> Person(en)</p>	
-----	---	--

V24	Und wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt? Gemeint sind alle eigenen Kinder, adoptierten Kinder, Pflegekinder oder Kinder Ihrer Lebenspartnerin / Ihres Lebenspartners	
	Anzahl der Kinder <input data-bbox="496 360 1038 432" type="text"/>	

V25	Haben Sie auch Kinder, die nicht mehr in Ihrem Haushalt leben? Wenn ja, wie viele Ihrer Kinder leben nicht mehr in Ihrem Haushalt?	
	Anzahl der Kinder <input data-bbox="496 640 1038 712" type="text"/>	

Musterfragebogen

V26	<p>Wir hätten gerne einige Angaben zu den Personen, die außer Ihnen in diesem Haushalt leben. Zählen Sie dazu bitte auch Kleinkinder bzw. Personen, die normalerweise hier wohnen, aber zurzeit abwesend sind, z.B. im Krankenhaus oder in Ferien. Bitte nennen Sie zu jeder Person den Vornamen oder auch ein Pseudonym, das Sie in den folgenden Fragen weiter verwenden.</p> <p><i>zum Beispiel „Vater“, „Kind“, „Tante“ oder Vornamen ...</i></p> <p>1. Person 2. Person 3. Person 4. Person 5. Person 6. Person 7. Person</p> <p>-----</p>																																																																																																																																								
V27	<p>Bitte geben Sie mir den Verwandtschaftsgrad der jeweiligen Person an.</p> <p>Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Kästchen an!</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1. Person</th> <th>2. Person</th> <th>3. Person</th> <th>4. Person</th> <th>5. Person</th> <th>6. Person</th> <th>7. Person</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mein Ehemann / meine Ehefrau</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mein Partner / meine Partnerin</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mein eigenes (leibliches) Kind (Sohn, Tochter)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Stief-/ Adoptiv-/Pflegekind, Kind des Partners</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mein Bruder / meine Schwester</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mein Stiefbruder / meine Stiefschwester / Adoptivgeschwister</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mein Enkel / meine Enkelin</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mein Vater / meine Mutter</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mein Stiefvater / meine Stiefmutter</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mein Schwiegervater / meine Schwiegermutter</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mein Schwiegersohn / meine Schwiegertochter</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mein Schwager / meine Schwägerin</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mein Großvater / meine Großmutter</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Großvater / Großmutter meines Ehepartners / meines Partners</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Andere verwandte oder verschwägerte Person (z.B. Onkel, Tante, Nefte, Nichte usw.)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Andere, mit mir nicht verwandte Person</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person	7. Person	Mein Ehemann / meine Ehefrau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mein Partner / meine Partnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mein eigenes (leibliches) Kind (Sohn, Tochter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stief-/ Adoptiv-/Pflegekind, Kind des Partners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mein Bruder / meine Schwester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mein Stiefbruder / meine Stiefschwester / Adoptivgeschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mein Enkel / meine Enkelin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mein Vater / meine Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mein Stiefvater / meine Stiefmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mein Schwiegervater / meine Schwiegermutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mein Schwiegersohn / meine Schwiegertochter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mein Schwager / meine Schwägerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mein Großvater / meine Großmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Großvater / Großmutter meines Ehepartners / meines Partners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere verwandte oder verschwägerte Person (z.B. Onkel, Tante, Nefte, Nichte usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere, mit mir nicht verwandte Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person	7. Person																																																																																																																																		
Mein Ehemann / meine Ehefrau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																		
Mein Partner / meine Partnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																		
Mein eigenes (leibliches) Kind (Sohn, Tochter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																		
Stief-/ Adoptiv-/Pflegekind, Kind des Partners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																		
Mein Bruder / meine Schwester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																		
Mein Stiefbruder / meine Stiefschwester / Adoptivgeschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																		
Mein Enkel / meine Enkelin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																		
Mein Vater / meine Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																		
Mein Stiefvater / meine Stiefmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																		
Mein Schwiegervater / meine Schwiegermutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																		
Mein Schwiegersohn / meine Schwiegertochter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																		
Mein Schwager / meine Schwägerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																		
Mein Großvater / meine Großmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																		
Großvater / Großmutter meines Ehepartners / meines Partners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																		
Andere verwandte oder verschwägerte Person (z.B. Onkel, Tante, Nefte, Nichte usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																		
Andere, mit mir nicht verwandte Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																		

V28	Bitte geben Sie das Geschlecht der jeweiligen Person an. Zutreffendes bitte ankreuzen.							
	<i>Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Kästchen an!</i>							
		1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person	7. Person
	Männlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Weiblich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V29	Bitte geben Sie das Geburtsjahr der jeweiligen Person an (z.B.: 1973).							
		1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person	7. Person
	Geburtsjahr	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
V30	Bitte nennen Sie uns den Familienstand der jeweiligen Person.							
	<i>Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Kästchen an!</i>							
	Die Person ist...	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person	7. Person
	verheiratet und lebt mit ihrem/seiner Ehepartner/-in zusammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	in eingetragener gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft zusammenlebend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	verheiratet und lebt von ihrem/seiner Ehepartner/-in getrennt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ledig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	geschieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	verwitwet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft und lebt getrennt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, die aufgehoben wurde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, bei der/die Partner/-in verstorben ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

V31	Bitte geben Sie abschließend noch den Schulabschluss der jeweiligen Person.							
	<i>Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Kästchen an!</i>							
		1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person	7. Person
	Noch Schüler/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schule beendet ohne Abschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) bzw. polytechnische Oberschule mit Abschluss 8. oder 9. Klasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Realschulabschluss (Mittlere Reife)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965:8. Klasse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fachhochschulreife, Abschluss Fachoberschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/ Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer Schulabschluss und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

V32	<p>Bei dieser Frage geht es um das Einkommen in verschiedenen Berufen. Tragen Sie bitte ein, was man Ihrer Meinung nach durchschnittlich pro Monat in diesen Berufen brutto (vor Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge) verdient, und was man verdienen sollte?</p> <p>Falls Sie das nicht genau wissen, genügt uns auch Ihre Schätzung.</p> <p><i>Tragen Sie bitte in jedem Feld einen Wert ein! Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten - uns interessieren nur Ihre Schätzung und Ihre Meinung!</i></p>																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Wie ist das mit -</th> <th>Er verdient zur Zeit im Monat brutto Euro</th> <th>Er sollte pro Monat brutto verdienen Euro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>einem praktischen Arzt (Allgemeinmediziner)?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>einem Vorstandsvorsitzenden eines großen nationalen Unternehmens?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>einem Verkäufer in einem Kaufhaus?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>einem ungelernten Fabrikarbeiter?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>einem Minister im Bundeskabinett?</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Wie ist das mit -	Er verdient zur Zeit im Monat brutto Euro	Er sollte pro Monat brutto verdienen Euro	einem praktischen Arzt (Allgemeinmediziner)?			einem Vorstandsvorsitzenden eines großen nationalen Unternehmens?			einem Verkäufer in einem Kaufhaus?			einem ungelernten Fabrikarbeiter?			einem Minister im Bundeskabinett?			
Wie ist das mit -	Er verdient zur Zeit im Monat brutto Euro	Er sollte pro Monat brutto verdienen Euro																		
einem praktischen Arzt (Allgemeinmediziner)?																				
einem Vorstandsvorsitzenden eines großen nationalen Unternehmens?																				
einem Verkäufer in einem Kaufhaus?																				
einem ungelernten Fabrikarbeiter?																				
einem Minister im Bundeskabinett?																				

V33	<p>Für die Entscheidung, was jemand verdienen soll:</p> <p>Wie wichtig sollten Ihrer Meinung nach die folgenden Gesichtspunkte sein?</p> <p><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i></p>																																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ent- scheidend</th> <th>Sehr wichtig</th> <th>Einiger- maßen wichtig</th> <th>Nicht sehr wichtig</th> <th>Über- haupt nicht wichtig</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Das Ausmaß an Verantwortung, das mit der Arbeit verbunden ist</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Die Dauer der allgemeinen und beruf- lichen Ausbildung</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Wie viel Geld erforderlich ist, um eine Familie zu ernähren</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ob Kinder zu ernähren sind</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Wie gut jemand die Arbeit verrichtet</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Wie hart jemand arbeitet</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ent- scheidend	Sehr wichtig	Einiger- maßen wichtig	Nicht sehr wichtig	Über- haupt nicht wichtig	Das Ausmaß an Verantwortung, das mit der Arbeit verbunden ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Dauer der allgemeinen und beruf- lichen Ausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie viel Geld erforderlich ist, um eine Familie zu ernähren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ob Kinder zu ernähren sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie gut jemand die Arbeit verrichtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie hart jemand arbeitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ent- scheidend	Sehr wichtig	Einiger- maßen wichtig	Nicht sehr wichtig	Über- haupt nicht wichtig																																							
Das Ausmaß an Verantwortung, das mit der Arbeit verbunden ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
Die Dauer der allgemeinen und beruf- lichen Ausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
Wie viel Geld erforderlich ist, um eine Familie zu ernähren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
Ob Kinder zu ernähren sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
Wie gut jemand die Arbeit verrichtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
Wie hart jemand arbeitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							

V34A	<p>Nun geht es darum, eine Erbschaft zu verteilen:</p> <p>X ist verstorben und hinterlässt ein Vermögen von 100.000€.</p> <p>Wie sollte das Vermögen Ihrer Meinung nach unter den folgenden vier Verwandten verteilt werden?</p> <p><i>Bitte schreiben Sie in jedes Feld den Betrag, den die Person Ihrer Meinung nach bekommen sollte.</i></p>		
	<p>P ist verheiratet. Beide Ehepartner sind berufstätig.</p> <p>P hat in den letzten Jahren die Pflege und Betreuung von X bezahlt.</p> <p><input type="text"/> €</p>	<p>Q ist verheiratet. Beide Ehepartner sind berufstätig.</p> <p>Q hat zwei Kinder.</p> <p><input type="text"/> €</p>	
	<p>M ist verheiratet. Beide Ehepartner sind berufstätig.</p> <p>M ist das einzige Kind von X.</p> <p><input type="text"/> €</p>	<p>S ist verheiratet. Beide Ehepartner sind berufstätig.</p> <p><input type="text"/> €</p>	

<p>V34B</p>	<p>Und in der folgenden Situation soll eine Abfindungssumme verteilt werden:</p> <p>Y führt eine mittelständische Firma und muss vier Angestellten betriebsbedingt kündigen. Für die Zahlung von Abfindungen stehen Y 100.000€ zur Verfügung.</p> <p>Wie sollte diese Summe Ihrer Meinung nach auf die folgenden vier Personen verteilt werden?</p> <p><i>Bitte schreiben Sie in jedes Feld den Betrag, den die Person Ihrer Meinung nach bekommen sollte.</i></p>		
<p>P ist verheiratet. Beide Ehepartner sind berufstätig.</p> <p>P hat freiwillig viele Überstunden geleistet.</p> <p style="text-align: right;"> <input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/> € </p>	<p>Q ist verheiratet. Beide Ehepartner sind berufstätig.</p> <p>Q hat zwei Kinder.</p> <p style="text-align: right;"> <input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/> € </p>		
<p>M ist verheiratet. Beide Ehepartner sind berufstätig.</p> <p>M ist mit Y verwandt.</p> <p style="text-align: right;"> <input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/> € </p>	<p>S ist verheiratet. Beide Ehepartner sind berufstätig.</p> <p style="text-align: right;"> <input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/> € </p>		

Abschließend möchten wir Sie noch um einige Angaben zu Ihrer Person bitten.

Der Fragebogen wird nicht im Zusammenhang mit Ihrem Namen ausgewertet. Wichtig ist für uns allerdings, zu erfahren, wie einzelne Gruppen der Bevölkerung denken, also Männer und Frauen, jüngere und ältere Menschen, Erwerbstätige und Rentner usw. Deshalb würden wir Ihnen gerne noch ein paar Fragen zu Ihrer Person und Ihrem Haushalt stellen.

V35 Würden Sie mir den Ort und das (Bundes-) Land nennen, in dem Sie geboren worden sind?

Ort (Bundes-)Land

V36 Welches Geschlecht haben Sie?

Männlich

Weiblich

V37 Wann wurden Sie geboren? Geben Sie bitte Monat und Jahr Ihrer Geburt an!

Geburtsmonat.....

Geburtsjahr.....

V38 Haben Sie die deutsche Staatsangehörigkeit?

Ja *weiter mit* V40

Nein *weiter mit* V39

V39 Haben Sie die Staatsangehörigkeit eines Landes aus der Europäischen Union?

Ja

Nein

V40	<p>Welchen Familienstand haben Sie?</p> <p><i>„Eingetragene“ Lebenspartnerschaft heißt, dass es sich um eine gleichgeschlechtliche Partnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes handelt oder gehandelt hat.</i></p> <p>Sind Sie -</p> <p>verheiratet und leben mit Ihrem/Ihrer Ehepartner/in zusammen ? <input type="checkbox"/> <i>weiter mit</i> V42</p> <p>in eingetragener gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft zusammenlebend ?..... <input type="checkbox"/> <i>weiter mit</i> V42</p> <hr/> <p>verheiratet und leben von Ihrem/Ihrer Ehepartner/in getrennt ?..... <input type="checkbox"/> <i>weiter mit</i> V41</p> <p>ledig ?..... <input type="checkbox"/> <i>weiter mit</i> V41</p> <p>geschieden ? <input type="checkbox"/> <i>weiter mit</i> V41</p> <p>verwitwet ? <input type="checkbox"/> <i>weiter mit</i> V41</p> <p>in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft und leben getrennt ? <input type="checkbox"/> <i>weiter mit</i> V41</p> <p>in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, die aufgehoben wurde ?..... <input type="checkbox"/> <i>weiter mit</i> V41</p> <p>in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, bei der der/die Partner/-in verstorben ist ? <input type="checkbox"/> <i>weiter mit</i> V41</p>	
V41	<p>Leben Sie zurzeit mit einer Person aus Ihrem Haushalt in einer Partnerschaft?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p>	

V42	<p>Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?</p> <p><i>Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Kästchen an!</i></p> <p>Sind Sie -</p> <p>A Schüler/in, besuchen eine allgemeinbildende Vollzeitschule? <input type="checkbox"/> <i>weiter mit</i> V43</p> <p>B von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)? <input type="checkbox"/> <i>weiter mit</i> V44</p> <p>Haben Sie -</p> <p>C einen Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)?..... <input type="checkbox"/> V 44</p> <p>D einen Realschulabschluss (Mittlere Reife)?..... <input type="checkbox"/> V44</p> <p>E einen Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse? <input type="checkbox"/> V44</p> <p>F einen Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse? <input type="checkbox"/> <i>weiter mit</i> V44</p> <p>G eine Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule? <input type="checkbox"/> V44</p> <p>H eine allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/ Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre ? <input type="checkbox"/> V44</p> <p>I einen anderen Schulabschluss und zwar <input type="checkbox"/> V44</p>
-----	--

V43	<p>Welchen allgemeinbildenden Schulabschluss streben Sie an?</p> <p><i>Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!</i></p> <p>A Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> V45</p> <p>B Mittlere Reife, Realschulabschluss, Fachschulreife..... <input type="checkbox"/> V45</p> <p>C Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule <input type="checkbox"/> <i>weiter mit</i> V45</p> <p>D Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife <input type="checkbox"/> V45</p> <p>E Einen anderen Schulabschluss, und zwar <input type="checkbox"/> V45</p>
-----	--

V44	<p>Welchen beruflichen Abschluss haben Sie?</p> <p><i>Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Kästchen an!</i></p> <p>Sind Sie-</p> <p>A noch in beruflicher Ausbildung (Berufsvorbereitungsjahr, Auszubildende/r), Praktikant/in), Student/in)?..... <input type="checkbox"/></p> <p>B Schüler/in und besuchen eine berufsorientierte Aufbau-, Fachschule o.Ä.?..... <input type="checkbox"/></p> <p>C ohne beruflichen Abschluss und auch nicht in beruflicher Ausbildung? <input type="checkbox"/></p> <p>Haben Sie -</p> <p>E eine beruflich- betriebliche Berufsausbildung (Lehre) abgeschlossen?..... <input type="checkbox"/></p> <p>F eine beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule, Vorbereitungsdienst für den mittleren Dienst in der öffentlichen Verwaltung) abgeschlossen?..... <input type="checkbox"/></p> <p>G eine Ausbildung an einer Fachschule der DDR abgeschlossen?..... <input type="checkbox"/></p> <p>H eine Ausbildung an einer Fach-, Meister-, Technikerschule, Berufs-, oder Fachakademie abgeschlossen <input type="checkbox"/></p> <p>I einen Bachelor an einer (Fach-)Hochschule abgeschlossen? <input type="checkbox"/></p> <p>J einen Fachhochschulabschluss (z.B. Diplom, Master)? <input type="checkbox"/></p> <p>K einen Universitätsabschluss (z.B. Diplom, Magister, Staatsexamen, Master)? <input type="checkbox"/></p> <p>L eine Promotion? <input type="checkbox"/></p> <p>H einen anderen beruflichen Abschluss, und zwar: <input type="checkbox"/></p>
-----	---

V45	Welche Erwerbssituation trifft auf Sie zu?		
	Bitte beachten Sie, dass unter Erwerbstätigkeit jede bezahlte bzw. mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit verstanden wird.		
	<i>Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!</i>		
	A. Vollzeitwerbstätig?.....	<input type="checkbox"/>	
	B. Teilzeiterwerbstätig?	<input type="checkbox"/>	
	C. In Altersteilzeit (unabhängig davon, ob in der Arbeits- oder Freistellungsphase befindlich)?.....	<input type="checkbox"/>	
	D. Geringfügig erwerbstätig, 400-Euro-Job, Mini Jo ?	<input type="checkbox"/>	<i>weiter mit</i>
	E. „Ein-Euro-Jobber“ (bei Bezug von Arbeitslosengeld II)?.....	<input type="checkbox"/>	
	F. Gelegentlich oder unregelmäßig beschäftigt?.....	<input type="checkbox"/>	
	G. In einer beruflichen Ausbildung/Lehre?	<input type="checkbox"/>	<i>weiter mit</i>
	H. In Umschulung?	<input type="checkbox"/>	<i>weiter mit</i>
	I. Im Bundesfreiwilligendienst?		
	J. Im Freiwilligen Sozialen Jahr?	<input type="checkbox"/>	
	K. In Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit oder sonstiger Beurlaubung (Altersteilzeit unter Code 3 angeben)?	<input type="checkbox"/>	<i>weiter mit</i>
L. Nicht erwerbstätig (einschließlich: Schülern/innen Studierenden, die nicht gegen Geld arbeiten, Arbeitslosen, Vorruheständlern/innen, Rentnern/innen ohne Nebenverdienst)?.....	<input type="checkbox"/>		
		V46	
		V46	
		V46	
		V46	
		V46	
		V46	
		V51	
		V50	
		V50	
		V49	
		V49	

V46	Wie viele Beschäftigungsverhältnisse in abhängiger Beschäftigung haben Sie?		
	Eins.....	<input type="checkbox"/>	
	Zwei.....	<input type="checkbox"/>	
	Mehr als zwei.....	<input type="checkbox"/>	
	Nicht abhängig beschäftigt	<input type="checkbox"/>	

V47	Sind Sie (zusätzlich)selbstständig oder freiberuflich tätig?		
	Ja	<input type="checkbox"/>	
	Nein	<input type="checkbox"/>	

V48	Wie viele Stunden arbeiten Sie normalerweise pro Woche?		
	Arbeitsstunden insgesamt	<input type="text"/>	

V49	Wenn Sie nicht vollzeit- oder teilzeiterwerbstätig sind: Sagen Sie uns, zu welcher Gruppe gehören Sie?			
	Sind Sie			
	A Schüler/in an einer allgemeinbildenden Schule?.....	<input type="checkbox"/>	<i>weiter mit</i>	V53
	B Student/in?.....	<input type="checkbox"/>		V50
	C Rentner/in?.....	<input type="checkbox"/>		V50
	D Arbeitslos?.....	<input type="checkbox"/>	<i>weiter mit</i>	V50
	E Dauerhaft erwerbsunfähig?	<input type="checkbox"/>		V50
	F Hausfrau/Hausmann?.....	<input type="checkbox"/>		V50
G Sonstiges, und zwar	<input type="checkbox"/>		V50	

V50	Waren Sie früher einmal voll- oder teilzeiterwerbstätig?			
	Ja	<input type="checkbox"/>	<i>weiter mit</i>	V51
	Nein	<input type="checkbox"/>	<i>weiter mit</i>	V53

V51	Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit hauptsächlich aus? Wenn Sie nicht mehr erwerbstätig sind, welche Tätigkeit haben Sie bei Ihrer früheren hauptsächlichsten Erwerbstätigkeit ausgeübt?		
	Bitte beschreiben Sie diese Tätigkeit genau.		
	Hat dieser Beruf noch einen besonderen Namen? Ja, und zwar:		
	Nein.....	<input type="checkbox"/>	

V52	Sind / waren Sie -		
	A Selbstständige/r Landwirt/in ?.....	<input type="checkbox"/>	<i>weiter mit</i> V5201
	B Genossenschaftsbauer/bäuerin (ehemals LPG) ?.....	<input type="checkbox"/>	<i>weiter mit</i> V5201
	CAkademiker/in in freiem Beruf ?.....	<input type="checkbox"/>	<i>weiter mit</i> V5202
	DSelbstständige/r im Handel, im Gastgewerbe, im Handwerk, in der Industrie der Dienstleistung, auch Ich- AG ?.....	<input type="checkbox"/>	<i>weiter mit</i> V5202
	EMitglied einer PGH ?.....	<input type="checkbox"/>	<i>weiter mit</i> V53
	F Beamter/Beamtin, Richter/in, oder Berufssoldat/in ?.....	<input type="checkbox"/>	<i>weiter mit</i> V5203
	G Angestellte/r ?.....	<input type="checkbox"/>	<i>weiter mit</i> V5204
	H Arbeiter/in ?.....	<input type="checkbox"/>	<i>weiter mit</i> V5205
	IAuszubildende/r ?	<input type="checkbox"/>	<i>weiter mit</i> V5206
	Jmithelfende/r Familienangehörige/r ?.....	<input type="checkbox"/>	<i>weiter mit</i> V53

V5201	Hat/hatte Ihr Betrieb eine landwirtschaftlich genutzte Fläche -		
	A von unter 10 ha ?.....	<input type="checkbox"/>	<i>weiter mit</i> V53
	B von 10 ha und mehr ?	<input type="checkbox"/>	<i>weiter mit</i> V53

V5202	Haben/hatten Sie -		
	A keine weiteren Mitarbeiter/innen ?.....	<input type="checkbox"/>	<i>weiter mit</i> V53
	B 1 bis 4 Mitarbeiter/innen ?	<input type="checkbox"/>	<i>weiter mit</i> V53
	C 5 und mehr Mitarbeiter/innen ?.....	<input type="checkbox"/>	<i>weiter mit</i> V53

V5203	<p>A Sind/waren Sie Beamter/Beamtin, Richter/in, Berufssoldat/in</p> <p>A1 ... im einfachen Dienst (bis einschl. Oberamtsmeister/in) ? <input type="checkbox"/></p> <p>A2 ... im mittleren Dienst (von Assistent/in bis einschl. Hauptsekretär/in, Amtsinspektor/in) ? <input type="checkbox"/></p> <p>A3 ... im gehobenen Dienst (von Inspektor/in biseinschl. Oberamtsrat/-rätin) ? <input type="checkbox"/></p> <p>A4 ... im höheren Dienst (von Rat/Rätin aufwärts), Richter/in ? <input type="checkbox"/></p>	
V5204	<p>B Sind/waren Sie Angestellte(r)</p> <p>B1 ... mit ausführender Tätigkeit nach allgemeinen Anweisungen (z. B. Verkäufer/in, Kontorist/in, Datentypist/in) ? <input type="checkbox"/></p> <p>B2 ... mit einer qualifizierten Tätigkeit, die Sie nach Anweisung erledigen (z. B. Sachbearbeiter/in, Buchhalter/in, technische/r Zeichner/in) ? <input type="checkbox"/></p> <p>B3 ... mit eigenständiger Leistung in verantwortlicher Tätigkeit bzw. mit Fachverantwortung für Personal (z. B. wissenschaftliche/r Mitarbeiter/in, Prokurist/in, Abteilungsleiter/in bzw. Meister/in im Angestelltenverhältnis) ? <input type="checkbox"/></p> <p>B4 ... mit umfassenden Führungsaufgaben und Entscheidungsbefugnissen (z.B. Direktor/in, Geschäftsführer/in, Mitglied des Vorstandes) ? <input type="checkbox"/></p>	
V5205	<p>C Sind/waren Sie</p> <p>C1 ... ungelernte/r Arbeiter/in ? <input type="checkbox"/></p> <p>C2 ... angelernte/r Arbeiter/in ? <input type="checkbox"/></p> <p>C3 ... Facharbeiter/in ? <input type="checkbox"/></p> <p>C4 ... Vorarbeiter/in, Kolonnenführer/in ? <input type="checkbox"/></p> <p>C5 ... Meister/in, Polier/in, Brigadier/in ? <input type="checkbox"/></p>	
V5206	<p>D Sind/waren Sie</p> <p>D1 ... kaufmännisch-technische/r Auszubildende/r ? <input type="checkbox"/></p> <p>D3 ... gewerbliche/r Auszubildende/r ? <input type="checkbox"/></p> <p>D3 ... oder werden/wurden Sie in einer sonstigen Richtung ausgebildet? <input type="checkbox"/></p>	

V53	Wie viele Personen tragen insgesamt zum Einkommen Ihres Haushalts bei?			
	Denken Sie bitte nicht nur an Arbeitseinkommen, sondern auch an Renten, Pensionen, Stipendien und andere Einkommen.			
	Eine Person.....	<input type="text"/>	<i>weiter mit</i>	V56
Mehrere Personen, und zwar.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<i>weiter mit</i>	V54

V54	Wie hoch ist das durchschnittliche monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushaltes insgesamt?				
	<p>Unter durchschnittlichem monatlichem Nettoeinkommen Ihres Haushaltes ist die Summe zu verstehen, die sich aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Rente oder Pension ergibt. Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung und Verpachtung, Vermögen, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu und ziehen Sie dann Steuern und Sozialversicherungsbeiträge ab.</p> <p><i>Bitte beantworten Sie diese Frage nicht, wenn Sie in einer Wohngemeinschaft (WG) leben!</i></p> <p><i>Bei Selbstständigen: Wie hoch sind die durchschnittlichen monatlichen Nettoeinkünfte Ihres Haushaltes, d. h. abzüglich Ihrer Betriebsausgaben und Steuern.</i></p>				
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 40%; text-align: right;">Euro</td> </tr> </table>				Euro
			Euro		
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 40%; text-align: right;">Euro</td> </tr> </table>				Euro	
		Euro			

V56	Wie hoch ist Ihre eigenes durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen?			
	<p>Mit durchschnittlichem monatlichem Nettoeinkommen meinen wir die Summe, die sich aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Rente oder Pension ergibt. Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung und Verpachtung, Vermögen, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu und ziehen Sie dann Steuern und Sozialversicherungsbeiträge ab.</p> <p><i>Bei Selbstständigen: Wie hoch sind Ihre durchschnittlichen monatlichen Nettoeinkünfte, d. h. abzüglich Ihrer Betriebsausgaben und Steuern?</i></p>			
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 40%; text-align: right;">Euro</td> </tr> </table>				Euro
		Euro		

V58	Wir wüssten auch gerne etwas über Ihr Wohngebiet. Leben Sie in -	
	einer Großstadt?	<input type="checkbox"/>
	einem Vorort oder Randgebiet einer Großstadt?	<input type="checkbox"/>
	einer Stadt oder Kleinstadt?	<input type="checkbox"/>
	einem Dorf?	<input type="checkbox"/>
	einem Bauernhof oder Haus auf dem Land?	<input type="checkbox"/>

V59	<p>Wir würden auch gerne erfahren in welchem Regierungsbezirk Sie leben? Wir meinen damit Ihren Hauptwohnsitz.</p> <p>Mittelfranken..... <input type="checkbox"/></p> <p>Niederbayern..... <input type="checkbox"/></p> <p>Oberbayern <input type="checkbox"/></p> <p>Oberfranken <input type="checkbox"/></p> <p>Oberpfalz..... <input type="checkbox"/></p> <p>Schwaben..... <input type="checkbox"/></p> <p>Unterfranken <input type="checkbox"/></p> <p>Nicht Bayern, sondern in einem anderen Bundesland, und zwar: _____ <input type="checkbox"/></p>	
V61	<p>Dürfen wir Sie fragen, welcher Religionsgemeinschaft Sie angehören?</p> <p><i>Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Kästchen an!</i></p> <p>A Der römisch-katholischen Kirche <input type="checkbox"/></p> <p>B Der evangelischen Kirche (ohne Freikirchen) <input type="checkbox"/></p> <p>C Einer evangelischen Freikirche <input type="checkbox"/></p> <p>D Einer anderen christlichen Religionsgemeinschaft <input type="checkbox"/></p> <p>E Der islamischen Religionsgemeinschaft <input type="checkbox"/></p> <p>F Der jüdischen Religionsgemeinschaft <input type="checkbox"/></p> <p>G Der buddhistischen Religionsgemeinschaft <input type="checkbox"/></p> <p>H Der hinduistischen Religionsgemeinschaft <input type="checkbox"/></p> <p>I Einer anderen Religionsgemeinschaft und zwar: _____ <input type="checkbox"/></p> <p>J Keiner Religionsgemeinschaft / ohne Bekenntnis <input type="checkbox"/></p>	
V62	<p>Würden Sie von sich sagen, dass Sie eher religiös oder eher nicht religiös sind. Wir haben hier eine Skala, die von 1 bis 10 reicht, wobei</p> <p style="text-align: center;">1 für nicht religiös 10 für sehr religiös steht.</p> <p>Wo würden Sie Ihre eigenen Ansichten auf dieser Skala einstufen?</p> <p><i>Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!</i></p> <p>Nicht religiös Sehr religiös</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p>	

V63	<p>Einmal abgesehen von Hochzeiten, Beerdigungen und Taufen: Wie oft gehen Sie zum Gottesdienst?</p> <p><i>Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!</i></p> <p>Mehr als einmal in der Woche. <input type="checkbox"/></p> <p>Einmal in der Woche. <input type="checkbox"/></p> <p>Ein- bis dreimal im Monat <input type="checkbox"/></p> <p>Mehrmals im Jahr. <input type="checkbox"/></p> <p>Seltener. <input type="checkbox"/></p> <p>Nie. <input type="checkbox"/></p> <p>Ich gehöre einer anderen, nicht-christlichen oder keiner Religionsgemeinschaft an. <input type="checkbox"/></p>
-----	--

V64	<p>Und wie ist das mit Ihrer/emPartner/in? Welcher Religionsgemeinschaft gehört Ihr/ePartner/in an?</p> <p><i>Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Kästchen an!</i></p> <p>A Der römisch-katholischen Kirche <input type="checkbox"/></p> <p>B Der evangelischen Kirche (ohne Freikirchen) <input type="checkbox"/></p> <p>C Einer evangelischen Freikirche <input type="checkbox"/></p> <p>D Einer anderen christlichen Religionsgemeinschaft <input type="checkbox"/></p> <p>E Der islamischen Religionsgemeinschaft <input type="checkbox"/></p> <p>F Der jüdischen Religionsgemeinschaft <input type="checkbox"/></p> <p>G Der buddhistischen Religionsgemeinschaft <input type="checkbox"/></p> <p>H Der hinduistischen Religionsgemeinschaft <input type="checkbox"/></p> <p>I Einer anderen Religionsgemeinschaft und zwar: <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>J Keiner Religionsgemeinschaft / ohne Bekenntnis <input type="checkbox"/></p>
-----	--

V65	<p>Wie oft geht Ihr/ePartner/in im Allgemeinen in die Kirche?</p> <p><i>Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!</i></p> <p>Mehr als einmal in der Woche. <input type="checkbox"/></p> <p>Einmal in der Woche. <input type="checkbox"/></p> <p>Ein- bis dreimal im Monat <input type="checkbox"/></p> <p>Mehrmals im Jahr. <input type="checkbox"/></p> <p>Seltener. <input type="checkbox"/></p> <p>Nie. <input type="checkbox"/></p> <p>Partner/in gehört einer anderen nicht-christlichen oder keiner Religionsgemeinschaft an. <input type="checkbox"/></p>
-----	---

V66	<p>Wie stark wirkt sich Ihre Religiosität auf folgende Lebensbereiche aus?</p> <p><i>Bitte beantworten Sie diese Frage nur, wenn Sie bei Frage V62 Ihre Religiosität mit mindestens „2“ beziffert haben! Machen Sie in dem Fall bitte in jeder Zeile ein Kreuz!</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sehr stark</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ziemlich stark</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Mittelstark</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Wenig</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Gar nicht</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Auf die Erziehung Ihrer Kinder</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Auf Ihre Partnerschaft</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Auf Ihre Arbeit/Ihren Beruf</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Auf Ihre Freizeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Auf Ihre politische Einstellung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Auf Ihren Umgang mit der Natur</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Auf Ihren Umgang mit der Sexualität</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Auf Ihren Umgang mit Krankheit</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Auf Ihre Frage nach dem Sinn des Lebens</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Auf Ihren Umgang mit Lebenskrisen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Auf Ihren Umgang mit wichtigen Lebensereignissen in Ihrer Familie wie Geburt, Heirat oder Tod</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Sehr stark	Ziemlich stark	Mittelstark	Wenig	Gar nicht	Auf die Erziehung Ihrer Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auf Ihre Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auf Ihre Arbeit/Ihren Beruf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auf Ihre Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auf Ihre politische Einstellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auf Ihren Umgang mit der Natur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auf Ihren Umgang mit der Sexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auf Ihren Umgang mit Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auf Ihre Frage nach dem Sinn des Lebens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auf Ihren Umgang mit Lebenskrisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auf Ihren Umgang mit wichtigen Lebensereignissen in Ihrer Familie wie Geburt, Heirat oder Tod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sehr stark	Ziemlich stark	Mittelstark	Wenig	Gar nicht																																																																				
Auf die Erziehung Ihrer Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
Auf Ihre Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
Auf Ihre Arbeit/Ihren Beruf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
Auf Ihre Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
Auf Ihre politische Einstellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
Auf Ihren Umgang mit der Natur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
Auf Ihren Umgang mit der Sexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
Auf Ihren Umgang mit Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
Auf Ihre Frage nach dem Sinn des Lebens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
Auf Ihren Umgang mit Lebenskrisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
Auf Ihren Umgang mit wichtigen Lebensereignissen in Ihrer Familie wie Geburt, Heirat oder Tod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				

V67	Glauben Sie ganz allgemein, dass die Kirchen in Deutschland eine Antwort geben können auf -			
	<i>Bitte kreuzen Sie je nur ein Kästchen an!</i>			
		Ja	Nein	Weiß nicht
	Moralische Probleme und Nöte des Einzelnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Probleme im Familienleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Geistige Bedürfnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aktuelle soziale Probleme unseres Landes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V68	Einmal abgesehen davon, ob Sie sich selbst als religiöse Person bezeichnen oder nicht, als wie spirituell würden Sie sich selbst bezeichnen? Als gar nicht, wenig, mittel, ziemlich oder sehr spirituell?				
	<i>Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!</i>				
	Gar nicht spirituell	Wenig spirituell	Mittel spirituell	Ziemlich spirituell	Sehr spirituell
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V69	Wie stark glauben Sie daran, dass es ein Leben nach dem Tod gibt – z.B. Unsterblichkeit der Seele, Auferstehung von den Toten oder Reinkarnation?				
	<i>Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!</i>				
	Sehr stark	Ziemlich	Mittel	Wenig	Gar nicht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V70	Aus der folgenden Liste verschiedener Lebensbereiche möchten wir von Ihnen erfahren, wie wichtig sie in Ihrem Leben sind. Bitte nennen Sie uns für jeden Bereich, ob er Ihnen sehr wichtig, ziemlich wichtig, nicht sehr wichtig oder überhaupt nicht wichtig ist.						
	<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>						
		Sehr wichtig	Ziemlich wichtig	Nicht sehr wichtig	Überhaupt nicht wichtig	Trifft nicht zu	Weiß nicht
	Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Freunde und Bekannte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Politik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Religion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V72	<p>Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Kindheit. Wir möchten einiges über die Zeit, in der Sie 8 bis 13 Jahre alt waren, erfahren. Natürlich ist das alles schon lange her, und bei der einen oder anderen Frage wird es Ihnen schwerfallen, sich noch zu erinnern. Versuchen Sie trotzdem einmal festzustellen, wie das damals alles war. Wenn Ihnen wirklich etwas nicht mehr einfällt, so kreisen Sie bitte das "Weiß nicht mehr" ein.</p> <p>In dem Bogen wird immer nur von Ihren Eltern oder Vater und Mutter geredet. Nun kann es natürlich sein, dass Sie in Ihrer Kindheit bei Pflegeeltern aufgewachsen sind, nur Vater oder nur Mutter gehabt haben, Vater oder Mutter während Ihrer Kindheit neu geheiratet haben, Sie im Heim aufgewachsen sind, usw. Beziehen Sie bitte Ihre Antworten immer auf die Personen, bei denen Sie hauptsächlich im Alter von 8 bis 13 Jahren waren. Kreuzen Sie bitte an, bei wem Sie im Alter von 8 bis 13 Jahren hauptsächlich waren:</p>					
	Bei den Eltern (auch Pflegeeltern)	Bei der Mutter	Beim Vater	Im Heim	Bei Verwandten, Bekanntem oder Großeltern	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				Ja	Nein	Weiß nicht
	Mussten Sie, egal was Sie tun wollten, sich immer erst die Erlaubnis der Eltern holen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Waren Ihre Eltern sehr daran interessiert, dass Sie es im Leben einmal "zu etwas bringen" würden?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Konnten Sie die Zeit, wenn Sie Schularbeiten machen wollten, selbst bestimmen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ermutigten Ihre Eltern Sie zu malen oder zu basteln?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Forderten Ihre Eltern Sie dazu auf, beim Spielen nett zu allen Kindern zu sein?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Konnten Sie mit Ihrem Taschengeld machen, was Sie wollten?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mussten Sie, wenn Sie etwas in der Schule nicht begriffen hatten, zu Hause so lange üben, bis Sie es konnten?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Legten Ihre Eltern Wert darauf am Sonntag mit Ihnen in die Kirche zu gehen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wurden Sie von Ihren Eltern dazu angehalten mit anderen Kindern zu teilen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sagten Ihre Eltern manchmal: "Das tut man nicht" oder "Ein anständiges Kind macht so etwas nicht"?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Waren Ihre Eltern der Auffassung, Kinder sollten grundsätzlich gehorchen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V73	<p>Damit sind wir am Ende. Haben Sie vielleicht Anmerkungen, Anregungen oder Kommentare für uns? Ihre Kommentare tragen dazu bei, unsere Umfragen zu verbessern!</p>	
	<p>Das war's! Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme! Sie haben uns dadurch sehr geholfen!</p> <p>Wenn Sie an den Ergebnissen unserer Untersuchung interessiert sind, besuchen Sie uns doch im Internet</p> <p style="text-align: center;">http://www.politikwissenschaft.uni-wuerzburg.de/</p> <p>oder schicken Sie uns eine E-Mail an</p> <p style="text-align: center;">wahlforschung@uni-wuerzburg.de</p> <p>oder rufen Sie uns an unter</p> <p style="text-align: center;">0931 / 31-82580 (Bürozeiten: 9.00 – 12.00 Uhr)</p> <p>- wir schicken Ihnen schriftliche Informationen!</p>	