

ZA –Archiv Nummer 0958

Soziale Bedingungen der Inanspruchnahme

VON

Schwangerenvoruntersuchungen

1977

2A Nr. 0958

BUNDESGESUNDHEITSAMT

76/6139

Bitte kreuzen Sie so an ☒ und nicht so ☒

- 2 -

9/10

Karte 01

Nr.	Frage	Antwort		Weiter mit Frage
1.	Zuerst einige Fragen über Ihre Entbindung. Haben Sie zu Hause entbunden oder im Krankenhaus bzw. in einem Entbindungsheim?	<div>Im Krankenhaus entbunden</div> <div>Im Entbindungsheim entbunden</div> <div>Zu Hause entbunden</div>	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>	<div>2</div> <div>10</div>
		11		
2.	Können Sie mir bitte den Namen des Krankenhauses bzw. Entbindungsheims oder der Klinik sagen?	Name: _____ _____		
		12/13		
3.	Wo liegt dieses Krankenhaus?			
	<div>Angabe des Ortes und der Postleitzahl</div>	<div>PLZ 14-17</div> <div>Ort</div>		
	Hätten Sie nach der Entbindung gerne Ihr Kind mit in Ihrem Zimmer gehabt?	<div>Ja</div> <div>Nein</div> <div>Hatte es im Zimmer</div>	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>	
		18		
5.	<div>Informell ermitteln aus der Adresse:</div>	<div>Geburt war ehelich</div> <div>Ja</div> <div>Nein</div>	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>	<div>6</div> <div>8</div>
		19		
6.	War Ihr Mann bei der Entbindung anwesend?	<div>Ja</div> <div>Nein</div>	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>	<div>8</div> <div>7</div>
		20		
7.	Was war der Hauptgrund dafür, daß Ihr Mann nicht bei der Entbindung dabei war?	<div>Mein Mann wollte bei der Entbindung nicht mit dabei sein</div> <div>Ich selbst wollte meinen Mann nicht bei der Entbindung mit dabei haben</div> <div>Wir wollten es beide nicht</div> <div>In dem Krankenhaus, in dem ich entbunden habe, war das nicht erlaubt</div> <div>Mein Mann war zur Zeit der Geburt verhindert (z. B. Reise, Krankheit usw.)</div> <div>Es war aus medizinischen Gründen nicht möglich (Komplikationen bei der Geburt, Kaiserschnitt)</div> <div>Wir wußten nicht, daß so etwas möglich ist, sind gar nicht auf die Idee gekommen</div> <div>Sonstiges, und zwar:</div> <div>_____</div> <div>_____</div> <div>_____</div>	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>	
	<div>Liste 7 vorlegen!</div> <div>Nur <u>eine</u> Nennung möglich!</div>			
		21		

10010010



Nr.			
8.	Vorausgesetzt, eine Schwangerschaft verläuft völlig normal: Könnten Sie sich vorstellen, zu Hause zu entbinden?	Ja Unter Umständen schon Nein, überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		22	

9. Welche Gründe würden Sie persönlich von einer Hausentbindung abhalten?
Sagen Sie mir bitte zu jedem Grund anhand der Skala auf den Kärtchen, inwieweit er für Sie zutrifft.

Weißer Kartensatz mischen und vorlegen!

	Trifft voll und ganz zu	Trifft im wesentlichen zu	Trifft teilweise zu	Trifft eher nicht zu	Trifft im wesentlichen nicht zu	Trifft gar nicht zu
A Angst vor Komplikationen und Notfällen für Mutter und Kind während der Geburt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Bessere medizinische Betreuung von Mutter und Kind nach der Geburt im Krankenhaus (oder Entbindungsklinik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Bessere Pflege von Mutter und Kind nach der Geburt im Krankenhaus (oder Entbindungsklinik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Bessere Möglichkeiten für hygienische Verhältnisse im Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Für eine Geburt ungenügende Wohnverhältnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F Nur das Krankenhaus kann eine doppelte Belastung durch die Geburt und die alltäglichen häuslichen Arbeiten und Sorgen verhindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G Mangelndes Vertrauen zu einer Hebamme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H Mangelndes Vertrauen in ärztliche Hausbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J Zu große finanzielle Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23-31

Weiter mit Frage 12 !

02001041

Nr.	Frage	Antwort		Weiter mit Frage
10.	Wer hat die Entbindung gemacht?	Arzt und Hebamme Nur Arzt Nur Hebamme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		32		
11.	War Ihr Mann bei der Entbindung dabei oder evtl. andere Familienangehörige?	Mann dabei gewesen Mutter/Schwiegermutter dabei gewesen Andere Familienangehörige dabei gewesen Sonstige Personen, und zwar: _____ Niemand dabei gewesen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		33		
12.	Gehen Sie normalerweise als Kassenpatient oder als Privatpatient zum Arzt?	Als Kassenpatient Als Privatpatient	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		34		
13.	Haben Sie als Privatpatientin entbunden?	Ja Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		35		
14.	Wenn eine Frau ein Kind erwartet, sind damit gewisse körperliche Umstellungen und Belastungen verbunden. Der Gesundheitszustand <u>vor</u> der Schwangerschaft spielt dabei manchmal eine Rolle. Gehen Sie doch bitte einmal diese Liste durch und sagen Sie mir bei jedem Punkt, ob diese gesundheitliche Bedingung in der Zeit <u>vor</u> Ihrer letzten Schwangerschaft vorlag oder nicht. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;">Liste 14 vorlegen!</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;">Wenn Fehlgeburten, nachfragen wie viele!</div>	A Zuckerkrankheit B Nierenkrankheiten mit verschlechterter Nierentätigkeit C Lungenkrankheit mit Atembehinderung D Thrombosen (Blutpfropf in den Venen) E Behandlung wegen Kinderlosigkeit (bei Ihnen oder Ihrem Mann) F Bluthochdruck (über längere Zeit) G Mißbildung der Gebärmutter oder Myome H Frühere Operationen an der Gebärmutter (<u>außer</u> Kaiserschnitt) J Frühere Fehlgeburten, und zwar: _____ (Anzahl) Keine davon	<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"/>	
		36-45		

03001041

Nr.

15. Nun einige Fragen zu Ihrer letzten Schwangerschaft. Wenn eine Frau ein Kind erwartet, kommen oft erhöhte Belastungen auf sie zu. Wir haben auf diesen Kärtchen hier einige Aussagen von Frauen über ihre Schwangerschaft aufgeschrieben und hätten gerne gewußt, inwieweit diese Aussagen auf Sie persönlich zutreffen.

Sagen Sie bitte bei jedem Kärtchen, ob der Satz auf Sie

- voll und ganz zutrifft,
 - im wesentlichen zutrifft,
 - teilweise zutrifft,
 - eher nicht zutrifft,
 - im wesentlichen nicht zutrifft
- o d e r
- gar nicht zutrifft.

Grünen Kartensatz mischen und vorlegen!

	Trifft voll und ganz zu	Trifft im wesent- lichen zu	Trifft teil- weise zu	Trifft eher <u>nicht</u> zu	Trifft im wesent- lichen <u>nicht</u> zu	Trifft gar <u>nicht</u> zu
A Ich konnte während meiner Schwangerschaft meistens gut durchschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Ich hatte während meiner Schwangerschaft oft Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C So gut wie während meiner Schwangerschaft ist es mir noch nie gegangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Während meiner Schwangerschaft meinte ich oft, ich könnte die Arbeit nicht mehr schaffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Während meiner Schwangerschaft fühlte ich mich oft nach der täglichen Arbeit völlig abgespannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F Während meiner Schwangerschaft hatte ich häufig Probleme mit meinem Mann (Partner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46-51

04001040

Nr.	Frage	Antwort		Weiter mit Frage
16.	<p>Sind <u>während</u> Ihrer letzten Schwangerschaft Komplikationen aufgetreten? Gehen Sie bitte einmal diese Liste durch.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;">Liste 16 vorlegen!</div>	<p>A Drohende Fehlgeburt</p> <p>B Drohende Frühgeburt</p> <p>C Operativer Verschluss der Gebärmutter wegen drohender Früh- oder Fehlgeburt (Cerclage)</p> <p>D Bluthochdruck</p> <p>E Geschwollene Hände, Füße oder Gesicht (Oedeme, Wasser)</p> <p>F Übermäßige Gewichtszunahme</p> <p>G Krämpfe oder Bewußtlosigkeit, Eklampsie (keine Wadenkrämpfe)</p> <p>H Blutarmut (Eisenmangel, Anämie)</p> <p>J Blutungen aus der Scheide</p> <p>K Operationen während der Schwangerschaft</p> <p>52-62 Keine davon</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	
17.	<p>Wie viele Geburten hatten Sie einschließlich der letzten? Zählen Sie bitte auch evtl. Tot- und Frühgeburten dazu.</p>	<p>Nur eine Geburt</p> <hr/> <p>Mehrere Geburten, und zwar:</p> <hr/> <p>(Anzahl)</p> <p>63/64</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>20</p> <p>18</p>
18.	<p>Waren Totgeburten dabei? Wenn ja, wie viele?</p>	<p>Nein</p> <p>Ja, und zwar: <hr/> (Anzahl)</p> <p>65</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	
19.	<p>Gab es bei <u>früheren</u> Geburten eine oder mehrere der folgenden Komplikationen? Gehen Sie bitte einmal diese Liste hier durch. Sagen Sie mir zu jedem Punkt, ob diese Komplikation bei Ihren früheren Geburten auftrat oder nicht.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;">Liste 19 vorlegen!</div>	<p>A Zwillinge oder Mehrlingsgeburt</p> <p>B Kaiserschnitt</p> <p>C Zange oder Saugglocke</p> <p>D Frühgeburt bzw. Unreife des Kindes (unter 5 Pfund)</p> <p>E Kind unmittelbar nach der Geburt in der ersten Woche verstorben</p> <p>F Rhesuskrankheit des Kindes</p> <p>G Geschädigtes Kind</p> <p>H Angewachsene Nachgeburt (Placenta)</p> <p>Keine davon</p> <p>66-74</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	

05001041

Nr.	Frage	Antwort	Karte 01 + 02	Weiter mit Frage																																										
20.	<p>In der Zeit der Schwangerschaft und bei der Geburt kommt sehr viel Neues auf eine Frau zu, auf das sie mehr oder weniger gut vorbereitet sein kann. Wie war das eigentlich bei Ihnen?</p> <p>Ich habe hier eine Reihe von unterschiedlichen Aussagen darüber, wie gut man sich als Frau über Schwangerschaft und Geburt informiert fühlen kann. Suchen Sie bitte dasjenige Kärtchen heraus, auf dem die Aussage steht, die Ihre eigene Situation in der Schwangerschaft am besten beschreibt.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Gelben Kartensatz mischen und vorlegen!</p> <p>Nur <u>eine</u> Nennung!</p> </div>	<p>A Ich hätte gerne mehr über den Verlauf einer Schwangerschaft und Geburt erfahren</p> <p>B Ich erfuhr eine ganze Reihe von Dingen, die mit Schwangerschaft und Geburt zusammenhängen, aber über manche dafür wichtige Themen, die mich auch sehr interessiert hatten, konnte ich viel zu wenig in Erfahrung bringen</p> <p>C Ich war ausreichend über den Verlauf einer Schwangerschaft und Geburt informiert</p> <p>D Man hört und liest heutzutage so viel über Schwangerschaft und Geburt, daß ich gar nicht mehr wußte, wie ich mich richtig verhalten sollte</p> <p>E Man hört und liest heutzutage so viel über Schwangerschaft und Geburt, daß ich zu diesem Thema bald nichts mehr hören mochte</p> <p>F Ich wollte gar nicht so viel über diese Dinge erfahren, da ich mich sonst nur unnötig geängstigt hätte</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																											
75																																														
21.	<p>Zu welchen Bereichen hätten Sie gerne mehr Informationen gehabt? Bitte sagen Sie mir zu jedem Punkt, den ich Ihnen vorlese, ob Sie über diesen Bereich gerne mehr Informationen gehabt hätten oder nicht.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Vorgaben vorlesen!</p> </div> <p>Gab es außerdem noch Bereiche, über die Sie gerne mehr gewußt hätten? Wenn ja, welche?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>Ja</th><th>Nein</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Über den Verlauf der Schwangerschaft</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>Über die Rechte der Mutter (Mutterschutzgesetz)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>Über den Verlauf einer Geburt</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>Über das Geschehen im Kreißaal</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>Über die Entwicklung des ungeborenen Kindes</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>Über Säuglings- und Kleinkinderentwicklung</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>Sonstige Bereiche, und zwar:</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>_____</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>_____</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>_____</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>_____</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>_____</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>_____</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	Über den Verlauf der Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Über die Rechte der Mutter (Mutterschutzgesetz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Über den Verlauf einer Geburt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Über das Geschehen im Kreißaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Über die Entwicklung des ungeborenen Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Über Säuglings- und Kleinkinderentwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige Bereiche, und zwar:			_____			_____			_____			_____			_____			_____				
	Ja	Nein																																												
Über den Verlauf der Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Über die Rechte der Mutter (Mutterschutzgesetz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Über den Verlauf einer Geburt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Über das Geschehen im Kreißaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Über die Entwicklung des ungeborenen Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Über Säuglings- und Kleinkinderentwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Sonstige Bereiche, und zwar:																																														

11-18

0607041

Nr.	Frage	Antwort		Weiter mit Frage
22.	<p>Von wem sind Sie über die Mutterschutzbestimmungen informiert worden?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Liste 22 vorlegen!</p> <p>Mehrere Nennungen möglich!</p> </div>	<p>Ich bin überhaupt nicht informiert worden</p> <p>A Von Familienmitgliedern bzw. Freunden</p> <p>B Von Kollegen</p> <p>C Vom behandelnden Arzt</p> <p>D Vom Betriebsrat</p> <p>E Von der Gewerkschaft</p> <p>F Vom Vorgesetzten/Arbeitgeber</p> <p>G Durch eine Broschüre/Aushang, z. B. von der Krankenkasse, vom Arzt, von der Gewerkschaft, Regierung</p> <p>19-27</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht mehr</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	
23.	<p>Haben Sie während Ihrer Schwangerschaft an Kursen oder Veranstaltungen teilgenommen, wie z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Lehrgang über Säuglings- und Kleinkindpflege (Wickelkurs), ● Schwangerschaftsgymnastik, ● Beratung für werdende Mütter, ● Elternseminar, Ehevorbereitungskurse, oder ● Lehrgang über Hauswirtschaftsfragen? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Mehrere Nennungen möglich!</p> </div>	<p>Ja, und zwar an:</p> <p>Lehrgang über Säuglings- und Kleinkindpflege (Wickelkurs)</p> <p>Schwangerschaftsgymnastik</p> <p>Beratung für werdende Mütter</p> <p>Elternseminar, Ehevorbereitungskurse</p> <p>Lehrgang über Hauswirtschaftsfragen</p> <p>Nein, keine Teilnahme</p> <p>28-33</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	
24.	<p>Und nun einige Fragen zur Schwangerenvorsorge.</p> <p>Wie war das bei Ihrer letzten Schwangerschaft, waren Sie bei Schwangerenvorsorgeuntersuchungen oder waren Sie bei keiner Vorsorgeuntersuchung?</p>	<p>War bei Vorsorgeuntersuchungen</p> <hr/> <p>War bei keiner Vorsorgeuntersuchung</p> <p>34</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>25</p> <p>50</p>
25.	<p>Waren Sie in einer Arztpraxis zur Schwangerenvorsorge?</p>	<p>Ja</p> <hr/> <p>Nein</p> <p>35</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>26</p> <p>33</p>
26.	<p>Und wie oft waren Sie in der Arztpraxis zur Schwangerenvorsorge?</p>	<p>Anzahl der Besuche _____</p> <p>36/37</p>		

0200104T

Nr.			
27.	<p>Können Sie sich erinnern, ob die Vorsorgeuntersuchungen in der Arztpraxis</p> <ul style="list-style-type: none"> ● regelmäßig, ● unregelmäßig o d e r ● gar nicht <p>in den Mutterpaß eingetragen wurden?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Möglichst <u>nicht</u> in Mutterpaß nachsehen lassen! Zusätzlich eintragen: </div>	<p>Habe keinen Mutterpaß</p> <p>Wurden regelmäßig eingetragen</p> <p>Wurden unregelmäßig eingetragen</p> <p>Keine Untersuchungen eingetragen</p> <p>Kann mich nicht erinnern</p> <p>Hat doch nachgesehen: Ja</p> <p> Nein</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		38/39	

Hier sind einige Aussagen über Erfahrungen mit der Schwangerenvorsorge. Bitte sagen Sie mir zu jedem dieser Kärtchen, inwieweit diese Erfahrungen auch auf Sie zutreffen. Denken Sie dabei bitte an Ihre Erfahrungen in der Arztpraxis.

Orangen Kartensatz mischen und einzeln vorlegen!

	Trifft voll und ganz zu	Trifft im wesentlichen zu	Trifft teilweise zu	Trifft eher nicht zu	Trifft im wesentlichen nicht zu	Trifft gar nicht zu
A Ich hatte den Eindruck, daß der Arzt eigentlich keine Zeit für mich hatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Ich wußte nie so recht, warum etwas mit mir gemacht wurde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Bei der Schwangerenvorsorge hatte ich den Eindruck, daß alles Nötige für mich getan wurde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Durch die Schwangerenvorsorge habe ich mir erst unnötige Sorgen um das Kind gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Die Untersuchungszeiten lagen für mich sehr ungünstig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F Die Wartezeiten waren für mich zu lang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G Das Personal (Arzthelfer, Schwestern) war immer entgegenkommend und freundlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H Auf meine Fragen bekam ich immer ausführliche Antworten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J Durch den Besuch der Schwangerenvorsorge bekam ich Schwierigkeiten am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K Die Schwangerenvorsorge gab mir die Sicherheit, daß alles normal verläuft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nr.	Frage	Antwort		Weiter mit Frage
29.	Wie weit, d.h. wie viele Kilometer ungefähr, ist der Arzt von Ihrer Wohnung entfernt, zu dem Sie in die Schwangerenvorsorge gegangen sind? Bei Wechsel der Arztpraxis für den am häufigsten besuchten Arzt fragen!	_____ km 50/51		
30.	Welche Wegzeit brauchten Sie, um zur Vorsorgeuntersuchung bei diesem Arzt zu kommen? Ich meine die Zeit für den Hin- und Rückweg.	_____ Minuten 52-54		
31.	Wie erreichten Sie vorwiegend die Schwangerenvorsorge beim Arzt? Mit welchem Verkehrsmittel?	Zu Fuß Mit dem Fahrrad/Mofa Mit dem privaten Pkw Mit dem Taxi Mit einem öffentlichen Verkehrsmittel Auf andere Weise 55	0 0 0 0 0 0	
32.	Wie lange waren Sie durchschnittlich insgesamt außer Haus, wenn Sie zur Schwangerenvorsorge zum Arzt gegangen sind? Bitte rechnen Sie Wege, Wartezeiten und Untersuchungszeiten mit.	Gesamtzeit: _____ Minuten 56-58		
33.	Waren Sie im Krankenhaus zur Schwangerenvorsorge?	Ja Nein 59	0 0	34 43
34.	Und wie oft waren Sie im Krankenhaus zur Schwangerenvorsorge?	Anzahl der Besuche: _____ 60/61		

0000047

Nr.	Frage	Antwort		Weiter mit Frage
35.	Können Sie sich erinnern, ob die Vorsorgeuntersuchungen im Krankenhaus ● regelmäßig, ● unregelmäßig o d e r ● gar nicht in den Mutterpaß eingetragen wurden? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Möglichst <u>nicht</u> in Mutterpaß nachsehen lassen! Zusätzlich eintragen!</div>	Habe keinen Mutterpaß Wurden regelmäßig eingetragen Wurden unregelmäßig eingetragen Keine Untersuchungen eingetragen Kann mich nicht erinnern Hat doch nachgesehen: Ja Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
36.	Wenn Sie sowohl in der Arztpraxis als auch im Krankenhaus zur Vorsorgeuntersuchung waren, war der behandelnde Arzt im Krankenhaus dann derselbe wie in der Praxis, also ein Belegarzt?	War nur im Krankenhaus Hatte in Praxis und Krankenhaus verschiedene Ärzte Hatte in Praxis und Krankenhaus denselben Arzt (Belegarzt)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	37 38
37.	Wechseltten die untersuchenden Ärzte im Krankenhaus ● sehr häufig, ● manchmal o d e r ● war es immer derselbe Arzt?	Ja, sie wechselten sehr häufig Sie wechselten manchmal Es war immer derselbe Arzt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

1001041

Nr.

38. Hier sind einige Aussagen über Erfahrungen mit der Schwangerenvorsorge.
Bitte sagen Sie mir zu jedem Kärtchen, ob diese Erfahrungen auch auf Sie zutreffen.
Denken Sie dabei bitte an Ihre Erfahrungen im Krankenhaus.

Orangen Kartensatz mischen und einzeln vorlegen!

		Trifft voll und ganz zu	Trifft im wesent- lichen zu	Trifft teil- weise zu	Trifft eher <u>nicht</u> zu	Trifft im wesent- lichen <u>nicht</u> zu	Trifft gar <u>nicht</u> zu
A	Ich hatte den Eindruck, daß der Arzt eigentlich keine Zeit für mich hatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Ich wußte nie so recht, warum etwas mit mir gemacht wurde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	Bei der Schwangerenvorsorge hatte ich den Eindruck, daß alles Nötige für mich getan wurde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	Durch die Schwangerenvorsorge habe ich mir erst unnötige Sorgen um das Kind gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	Die Untersuchungszeiten lagen für mich sehr ungünstig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F	Die Wartezeiten waren für mich zu lang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G	Das Personal (Arzthelfer, Schwestern) war immer entgegenkommend und freundlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H	Auf meine Fragen bekam ich immer ausführliche Antworten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J	Durch den Besuch der Schwangerenvorsorge bekam ich Schwierigkeiten am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K	Die Schwangerenvorsorge gab mir die Sicherheit, daß alles normal verläuft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66-75

39. Wie weit, d. h. wie viele Kilometer ist das Krankenhaus von Ihrer Wohnung entfernt, zu dem Sie zur Schwangerenvorsorge gegangen sind?

Bei Wechsel des Krankenhauses für das am häufigsten besuchte fragen!

_____ km

76/77

40. Welche Wegzeit brauchten Sie, um zur Vorsorgeuntersuchung im Krankenhaus zu kommen?
Ich meine die Zeit für den Hin- und Rückweg.

_____ Minuten

78-80

11001041

Nr.	Frage	Antwort	Karte 03	Weiter mit Frage
41.	Wie erreichten Sie vorwiegend die Schwangerenvorsorge im Krankenhaus? Mit welchem Verkehrsmittel?	Zu Fuß Mit dem Fahrrad/Mofa Mit dem privaten Pkw Mit dem Taxi Mit einem öffentlichen Verkehrsmittel Auf andere Weise	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
42.	Wie lange waren Sie durchschnittlich insgesamt außer Haus, wenn Sie zur Schwangerenvorsorge ins Krankenhaus gegangen sind? Bitte rechnen Sie Wege, Wartezeiten und Untersuchungszeiten mit.	Gesamtzeit: _____ Minuten 12-14		
43.	Waren Sie bei einer freiberuflichen Hebamme zur Schwangerenvorsorgeuntersuchung? <div>Nur niedergelassene Hebamme ist gemeint!</div>	Ja Nein 15	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	44 48
44.	Und wie oft waren Sie bei der Hebamme zur Schwangerenvorsorge?	Anzahl der Besuche: _____ 16/17		
45.	Können Sie sich erinnern, ob die Vorsorgeuntersuchungen bei der Hebamme ● regelmäßig, ● unregelmäßig o d e r ● gar nicht in den Mutterpaß eingetragen wurden? <div>Möglichst <u>nicht</u> in Mutterpaß nachsehen lassen! Zusätzlich eintragen!</div>	Habe keinen Mutterpaß Wurden regelmäßig eingetragen Wurden unregelmäßig eingetragen Keine Untersuchungen eingetragen Kann mich nicht erinnern Hat doch nachgesehen: Ja Nein 18/19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
46.	Waren Sie mit den Vorsorgeuntersuchungen bei der Hebamme zufrieden?	Ja Nein 20	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	48 47

12001041



Nr.	Frage	Antwort		Weiter mit Frage
47.	Und warum nicht?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
		21/22		
48.	Haben Sie die Arztpraxis bzw. die Schwangerenvorsorgestelle während der Schwangerschaft ein- oder mehrmals gewechselt? Sagen Sie mir bitte, was von dieser Liste auf Sie zutrifft. <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Liste 48 vorlegen!</div>	Nein, nicht gewechselt Hatte denselben Arzt in Praxis und Krankenhaus (Belegarzt) Habe mehrere Stellen gleichzeitig aufgesucht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	50
		Ja, die Arztpraxis gewechselt Ja, das Krankenhaus gewechselt Ja, vom Arzt zum Krankenhaus gewechselt Ja, sonstiger Wechsel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	49
		23		
49.	Können Sie mir bitte Ihre Gründe für den Wechsel nennen?	Unzufriedenheit mit der Vorsorgestelle Sonstiges, und zwar: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/>	
		24/25		

T40T00ET

Nr.

50. Hier sind einige allgemeine Meinungen zur Schwangerenvorsorge aufgeführt. Sagen Sie mir bitte zu jedem Satz, inwieweit er auf Sie zutrifft.

Blauen Kartensatz mischen und vorlegen!

		Trifft voll und ganz zu	Trifft im wesent- lichen zu	Trifft teil- weise zu	Trifft eher <u>nicht</u> zu	Trifft im wesent- lichen <u>nicht</u> zu	Trifft gar <u>nicht</u> zu
A	Schwangerenvorsorgeuntersuchungen können den Ablauf der Schwangerschaft nicht beeinflussen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Schwangerenvorsorgeuntersuchungen müßten wesentlich ausführlicher sein, damit sie etwas nützen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	Für die Schwangerenvorsorge sind die Ärzte meistens nicht richtig ausgebildet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	Die Schwangerschaft und Geburt sind so etwas Natürliches, daß der Mensch dabei nicht eingreifen soll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	Schwangerenvorsorgeuntersuchungen sind notwendig, um Risiken für Mutter und Kind rechtzeitig zu erkennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F	Bei der Schwangerenvorsorge sollte man ganz praktische Hilfe für besondere Probleme während der Schwangerschaft bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G	Bei der Schwangerenvorsorge sollte man mit dem Arzt in aller Ruhe über persönliche Dinge reden können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26-32

T40T004T

Nr.

**ACHTUNG :**

Die Fragen des grünen Teils soll die Befragte s e l b s t, immer möglichst allein ausfüllen. Geben Sie deshalb nur bei Rückfragen (z.B. Verständnisproblemen) Auskunft oder Hilfestellung. Weisen Sie bitte darauf hin, daß aus Auswertungsgründen ein vollständiges Beantworten jeder Frage ganz besonders wichtig ist.

Während dieser Zeit übertragen Sie bitte die Daten aus dem Mutterpaß und dem Untersuchungsheft für Kinder in die dafür vorgesehenen Formulare.

Hier sind einige Fragen, die wir Sie bitten, s e l b s t auszufüllen.

Wenn Sie damit fertig sind, werden diese Blätter in den Umschlag gesteckt und von Ihnen verschlossen.

Bitte fragen Sie mich, falls Ihnen etwas unklar ist.

Ich würde, während Sie Ihre Eintragungen machen, gern Ihren Mutterpaß und das Untersuchungsheft für Kinder anschauen, um einige Daten zu notieren. Sicher haben Sie diese beiden Hefte während Ihrer Schwangerschaft und nach der Geburt des Kindes erhalten.

Falls die Befragte nicht weiß, worum es sich handelt, zeigen Sie ihr bitte ein Muster vor.

MUTTERPASS

- Nie einen Mutterpaß besessen ☐
- Mutterpaß besessen, nicht auffindbar ☐
- Mutterpaß befindet sich noch beim niedergelassenen Arzt ☐
- Mutterpaß befindet sich noch in der Klinik/Krankenhaus ☐

33

UNTERSUCHUNGSHEFT FÜR KINDER

- Nie ein Untersuchungsheft für Kinder besessen ☐
- Untersuchungsheft besessen, nicht auffindbar ☐
- Untersuchungsheft befindet sich noch beim niedergelassenen Arzt ☐
- Untersuchungsheft befindet sich noch in der Klinik/Krankenhaus ☐

34



Trennen Sie bitte den grünen Teil ab und überreichen Sie ihn jetzt der Befragten mit dem Umschlag und erklären Sie ihr die Ausfüllmethode.

Es handelt sich um:

- Den neuen Mutterpaß (gültig ab 1. 4. 75, entspricht den beiliegenden Formularen) ☐
- Den äußerlich gleich aussehenden davor gültigen Mutterpaß ☐
- Keinen der genannten Mutterpässe. Als Herausgeber ist erkennbar:

- Mutterpaß vorhanden, Einsichtnahme verweigert ☐
- Einsichtnahme gestattet ☐

35

- Das neue (gelbe) Untersuchungsheft für Kinder (gültig ab 1. 1. 77) ☐
- Um das davor gültige Untersuchungsheft für Kinder (grauer Einband, gleiches Format) ☐
- Es handelt sich um keines der genannten Untersuchungshefte. Als Herausgeber ist erkennbar:

- Untersuchungsheft vorhanden, Einsichtnahme verweigert ☐
- Einsichtnahme gestattet ☐

36



Übertragen Sie nun die Daten aus den Heften in die dafür vorgesehenen gelben Blätter am Ende des Fragebogens!

T401041

Nr.	Frage	Antwort	Weiter mit Frage
1.	Und nun noch einige Fragen zur Statistik: Darf ich fragen, wann genau Sie geboren sind?	_____ 19 _____ (Tag) (Monat) 37-42	
2.	Welcher Religionsgemeinschaft gehören Sie an?	Der evangelischen Kirche (ohne Freikirchen) <input type="checkbox"/> Einer evangelischen Freikirche <input type="checkbox"/> Der römisch-katholischen Kirche <input type="checkbox"/> Einer sonstigen christlichen Religionsgemeinschaft <input type="checkbox"/> Einer anderen Religionsgemeinschaft <input type="checkbox"/> Keiner Religionsgemeinschaft <input type="checkbox"/>	3 4
3.	Wie oft gehen Sie im allgemeinen zur Kirche? <div>Antwortvorgaben vorlesen!</div>	Mehr als einmal in der Woche <input type="checkbox"/> Einmal in der Woche <input type="checkbox"/> Wenigstens einmal im Monat <input type="checkbox"/> Mehr als einmal im Jahr <input type="checkbox"/> Seltener oder nie <input type="checkbox"/>	
4.	Besuchen Sie gegenwärtig eine Schule oder Hochschule?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	5 6
5.	Was für eine Schule ist das? <div>Liste S 5 vorlegen!</div>	Volksschule/Hauptschule <input type="checkbox"/> Integrierte Gesamtschule <input type="checkbox"/> Realschule/Mittelschule <input type="checkbox"/> Handelsschule <input type="checkbox"/> Gymnasium/Oberschule <input type="checkbox"/> Fachoberschule/Fachgymnasium <input type="checkbox"/> Fachhochschule/Ingenieurschule <input type="checkbox"/> Universität/Hochschule <input type="checkbox"/> Berufsschule <input type="checkbox"/> Berufsfach-/Berufsaufbauschule <input type="checkbox"/> Fachschule/Technikerschule <input type="checkbox"/> Meisterschule <input type="checkbox"/> Abendschule (2. Bildungsweg) <input type="checkbox"/>	15 7 6

T40T009T

[illegible]

1,700,041

Nr.			
12.	<p>Wie hoch ist Ihr monatliches <u>Brutto-</u>Einkommen aus Ihrer Erwerbstätigkeit? Ich meine die Summe, die Sie z. Zt. im Monat verdienen <u>vor</u> Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge. Bitte sehen Sie sich diese Liste an. Wir haben die Monatsverdienste zu Gruppen zusammengestellt. Sagen Sie mir bitte nur den Buchstaben Ihrer Einkommensgruppe.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">Liste S 12 vorlegen!</div>	<p>A Bis unter 400 DM <input type="checkbox"/></p> <p>B 400 bis unter 800 DM <input type="checkbox"/></p> <p>C 800 bis unter 1.200 DM <input type="checkbox"/></p> <p>D 1.200 bis unter 1.600 DM <input type="checkbox"/></p> <p>E 1.600 bis unter 2.000 DM <input type="checkbox"/></p> <p>F 2.000 bis unter 2.400 DM <input type="checkbox"/></p> <p>G 2.400 bis unter 2.800 DM <input type="checkbox"/></p> <p>H 2.800 bis unter 3.200 DM <input type="checkbox"/></p> <p>J 3.200 DM und mehr <input type="checkbox"/></p> <p>Nicht genau bestimmbar, da mithelfende Familienangehörige <input type="checkbox"/></p> <p>Weiß nicht <input type="checkbox"/></p> <p>Angabe verweigern <input type="checkbox"/></p>	
		57/58	

13. Auf dieser Liste hier sind verschiedene Arbeitsbedingungen zusammengestellt, die bei Berufstätigen auftreten können. Sagen Sie mir bitte, ob eine oder mehrere dieser Arbeitsbedingungen vorlagen, und wie lange Sie unter diesen Bedingungen nach Feststellung Ihrer Schwangerschaft gearbeitet haben.

Liste S 13 vorlegen!

	Weder vorher noch nachher	Vorher ja, danach gar nicht mehr	Weniger als eine Arbeits- woche	Min- destens eine Woche	Min- destens einen Monat	Länger als einen Monat
A Schwere körperliche Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Arbeit bei starkem Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Nachtarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Akkordarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Arbeit unter anderen Belastungen, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Nr.	Frage	Antwort		Weiter mit Frage
14.	Während der Schwangerschaft mußten Sie Formalitäten mit der Krankenkasse bzw. Krankenversicherung erledigen. Gab es dabei Ärger oder Verzögerungen bezüglich des Mutterschaftsgeldes?	Ja, es gab Ärger/Verzögerungen Nein, gab es nicht Habe kein Mutterschaftsgeld beantragt Hatte keinen Anspruch auf Mutterschaftsgeld (z.B. da mithelfende Familienangehörige)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Vor jeder Geburt steht der werdenden Mutter ein Urlaub von 6 Wochen zu, der sich nach dem voraussichtlichen Entbindungstermin richtet. Ist Ihnen der voraussichtliche Entbindungstermin von Ihrem Arzt bescheinigt worden?	Ja Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
16.	Haben Sie sechs Wochen vor dem voraussichtlichen Geburtstermin den üblichen Schwangerschaftsurlaub angetreten oder sind Sie weiterhin Ihrer Tätigkeit bzw. Ihrem Schulbesuch nachgegangen?	Habe Schwangerschaftsurlaub angetreten Habe weitergearbeitet bzw. bin weiter zur Schule gegangen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	18 17
17.	Wie viele Wochen haben Sie über den Beginn des üblichen Schwangerschaftsurlaus hinaus gearbeitet bzw. sind Sie zur Schule gegangen?	_____ Wochen		
18.	Wie viele Wochen vor dem tatsächlichen Geburtstermin haben Sie aufgehört zu arbeiten bzw. zur Schule zu gehen oder haben Sie bis zuletzt gearbeitet bzw. sind Sie bis zuletzt zur Schule gegangen?	Beruf: _____ Wochen vor der Geburt aufgehört zu arbeiten Habe bis zur Geburt gearbeitet Schule: _____ Wochen vor der Geburt aufgehört zur Schule zu gehen Bin bis zur Geburt zur Schule/Hochschule gegangen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	19 20

1901041

Nr.	Frage	Antwort		Weiter mit Frage
19.	<p>Wollen Sie nach Ablauf des Schwangerschaftsurlaubs Ihre Erwerbstätigkeit wieder aufnehmen und längerfristig fortsetzen, wollen Sie sie nur kurzfristig wieder aufnehmen oder überhaupt nicht mehr aufnehmen?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">Evtl. Gründe erfragen!</div>	<p>Wieder aufnehmen und längerfristig fortsetzen</p> <p>Nur kurzfristig wieder aufnehmen</p> <p>Nur halbtags wieder aufnehmen</p> <p>Überhaupt nicht mehr aufnehmen</p> <p style="text-align: right;">Weiß noch nicht</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>74</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	23 !
20.	<p>Wovon leben Sie <u>überwiegend</u>?</p> <p>Von -</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">Vorgaben vorlesen!</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">Nur <u>eine</u> Nennung!</div>	<p>Rente/Pension</p> <p>Arbeitslosengeld/-hilfe</p> <p>Unterhalt durch Eltern</p> <p>Vom Einkommen des Ehemannes/Partners</p> <p>Eigenes Vermögen, Vermietung, Zinsen</p> <p>Sozialhilfe und sonstige Unterstützungen</p> <p>Sonstiges, und zwar:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">Verweigert</p> <p>75</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	
21.	<p>In welchem Jahr waren Sie zuletzt hauptberuflich erwerbstätig, oder waren Sie nie hauptberuflich erwerbstätig?</p>	<p>Zuletzt hauptberuflich erwerbstätig im Jahre</p> <p style="text-align: center;">19 _____</p> <p>_____</p> <p>Noch nie hauptberuflich erwerbstätig gewesen</p> <p>76/77</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>22</p> <p>23</p>
22.	<p>Bitte ordnen Sie Ihre letzte berufliche Stellung nach dieser Liste ein.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">Liste S 9 vorlegen!</div>	<p>Kennziffer notieren: _____</p> <p>78/79</p>		

T40T0002

Nr.

23. Wie oft verbringen Sie normalerweise Ihre freie Zeit mit Personen, die nicht mit Ihnen im Haushalt wohnen? Auf dieser Liste stehen eine Reihe von Personen, mit denen man seine Freizeit verbringen kann. Treffen Sie sich mit diesen Personen jeweils

- fast täglich,
- mindestens einmal in der Woche,
- mindestens einmal im Monat
- o d e r
- treffen Sie sich mit ihnen seltener bzw. nie?

Liste S 23 vorlegen und bis einschließlich Frage 24 liegenlassen!
Sofern Befragte bei sämtlichen Personen mit "seltener/nie" antwortet,
gleich weiter zu Frage 25 !

	Fast täglich	Min- destens einmal in der Woche	Min- destens einmal im Monat	Seltener/ Nie
Engere Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entferntere Verwandte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekannte/Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitglieder regelmäßig zusammen- kommender Gruppen oder Clubs, wie Nähzirkel, Kirchenchor, Kegelclub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitglieder einer Organisation (z.B. eingetragener Verein, Verband, Partei)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24

Treffe mich mit keinem aus diesem Personenkreisen bzw. ganz selten

☐

25

11-18

24. Schauen Sie jetzt bitte noch einmal auf die Liste und sagen Sie mir, mit welchen dieser Personen Sie auch über persönliche Dinge reden können.

Engere Familie

☐

Entferntere Verwandte

☐

Nachbarn

☐

Freunde

☐

Bekannte/Kollegen

☐Mitglieder regelmäßig zusammen-
kommender Gruppen oder Clubs, wie Nähzirkel,
Kirchenchor, Kegelclub☐Mitglieder einer Organisation (z.B. einge-
tragener Verein, Verband, Partei)☐

Kann mit keinem davon über persönliche Dinge
reden

☐

19-26

21001041

Die Antworten zu Frage 35 in das Schema eintragen!

35. A Wir hätten nun gerne von Ihnen genauer gewußt, welche Personen hier in Ihrem Haushalt leben. Beginnen wir mit Ihnen. Sagen Sie mir bitte Ihren Vornamen.

Name der Befragten in die erste Zeile eintragen!

Sagen Sie mir bitte nun noch die Vornamen der anderen Haushaltsmitglieder und in welchem Verwandtschaftsverhältnis diese Personen zu Ihnen stehen. Beginnen Sie mit dem Ältesten.

Liste S 35 vorlegen und zutreffenden Buchstaben eintragen!
Bei jeder Person Geschlecht ankreuzen!

Sagen Sie mir bitte auch, in welchem Jahr die betreffende Person geboren ist und welchen Familienstand sie hat.

Nachdem die Personen aufgelistet sind, noch einmal Nachfaßfrage stellen und vergewissern, daß alle im Haushalt lebenden Personen eingetragen sind; dann Anschlußfrage 35 B stellen!

Haben wir auch niemanden vergessen, z. B. jemand der normalerweise hier wohnt, aber zur Zeit abwesend ist, im Krankenhaus, Ferien usw.?
Haben Sie auch an die Kinder gedacht, die zum Haushalt gehören?

35. B Sagen Sie mir bitte zum Schluß noch, welche der zum Haushalt gehörenden Personen über eigene Einkünfte aus Erwerbstätigkeit, Rente, Vermögen, Stipendium, Arbeitslosenunterstützung usw. verfügen.

Karte 04 + 05

Vorname	Verwandschafts- grad zur Befragten (Buchstaben lt. Liste S 35 eintragen!	Geschlecht:		Geburts- jahr	KA	Familienstand:						Personen mit eigenem Einkommen
		Männ- lich	Weib- lich			Ver- hei- ratet	Ge- trennt lebend	Ver- witwet	Ge- schie- den	Ledig	Ver- weigert	
1. _____	Befragte selbst											44
2. _____	_____	<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"/> 45-51
3. _____	_____	<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"/> 52-58
4. _____	_____	<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"/> 59-65
5. _____	_____	<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"/> 66-72
6. _____	_____	<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"/> 73-79
7. _____	_____	<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"/> 11-17
8. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 18-24

Anzahl d. weiteren Personen: _____

Zur Kontrolle: Gesamtzahl der im Haushalt lebenden Personen: _____

Ende des Interviews!

| | | | | | |

Nr.	Frage	Antwort		Weiter mit Frage
	UNMITTELBAR NACH DER BEFRAGUNG VOM INTERVIEWER AUSZUFÜLLEN !			
I.	In welchem HAUSTYP wohnt die Befragte?	Bauernhaus Freistehendes Einfamilienhaus (Bungalow, Siedlungshaus etc.) Nicht-freistehendes Einfamilienhaus (Reihenhaus, Doppelhaus) Haus mit 2 - 4 Parteien Haus mit 5 - 9 Parteien Haus mit 10 - 19 Parteien Haus mit 20 und mehr Parteien Notunterkunft, Baracke Anderes, und zwar: _____ _____	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	
		27		
II.	Wie würden Sie den Ortstyp der Wohn-gemeinde bezeichnen? Eingestuft werden soll nicht unbedingt die Gemeinde im Verwaltungssinn, sondern die mehr oder weniger geschlossene Siedlung, die Sie wahrnehmen.	Einzelgehöft/Weiler Dorf in rein ländlicher Umgebung Dorf in der Nähe einer mittleren Stadt oder Großstadt Ländliche Kleinstadt (bis 30.000 Einwohner) Industrielle Kleinstadt (bis 30.000 Einwohner) Stadt mittlerer Größe mit wenig Industrie (bis 100.000 Einwohner) Stadt mittlerer Größe mit viel Industrie (bis 100.000 Einwohner) Großstadt Vorort einer Großstadt	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	
		28		
III.	Wurde das Interview mit der Befragten allein durchgeführt oder waren während des Interviews dritte Personen anwesend? Wenn ja, welche?	Interview mit der Befragten allein durchgeführt Ehegatte anwesend Kinder (Kleinkinder) anwesend Andere Familienangehörige Sonstige Personen, und zwar: _____ _____ _____	0 0 0 0 0 0 0 0	
		29		

T40T0092



Nr.	Frage	Antwort		Weiter mit Frage
IV.	War der (neugeborene) Säugling (Ziel-kind) beim Interview anwesend?	Immer dabei Nur zeitweise dabei Nicht dabei gewesen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		30		
V.	Wie oft wurde das Interview durch das Neugeborene unterbrochen?	_____ mal Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	VI VII
		31		
VI.	Wie lange dauerte die gesamte Unterbrechung durch den Säugling?	_____ Minuten Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	
		32/33		
L.	Hat jemand von den sonst anwesenden Personen in das Interview eingegriffen?	Ja, manchmal Ja, häufig Nein Niemand außer Befragten anwesend	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		34		
VIII.	Wie war die Kooperation der Befragten?	Gut Mittelmäßig Schlecht Anfangs gut, später schlecht Anfangs schlecht, später gut	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		35		
IX.	Wie sind die Angaben der Befragten einzustufen?	Insgesamt zuverlässig Insgesamt weniger zuverlässig Bei einigen Fragen weniger zuverlässig, und zwar bei: _____ _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		36-38		

27001042

UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER



Bitte nochmals eintragen, ob Sie das gelbe Untersuchungsheft einsehen konnten.

Konnte das gelbe Untersuchungsheft einsehen 11/1 ☐

Konnte das gelbe Untersuchungsheft nicht einsehen 2 ☐



Falls Sie das Untersuchungsheft nicht einsehen können oder Ihnen ein anderes als das neue gelbe vorgelegt wird, überblättern Sie bitte die beiden nächsten Seiten und fahren mit dem Mutterpaß fort.

Erläuterungen zum Übernehmen von Angaben aus dem Untersuchungsheft für Kinder

Zu übernehmen sind Angaben von zwei Seiten aus dem Untersuchungsheft für Kinder.

U 1 (erste rechte Seite, oben rechts durch U 1 gekennzeichnet)

U 2 (übernächste rechte Seite, oben rechts durch U 2 gekennzeichnet).

Von beiden Seiten sind nur Kreuzchen und Kennziffern zu übernehmen. Eintragungen in den schraffierten Feldern sollen nicht übernommen werden.

Als Zusatz befindet sich rechts neben oder unter einem Kästchen oder einer Folge von alternativ ankreuzbaren Kästchen ein Kreis.

Dieser Kreis ist immer dann anzukreuzen, wenn sich im dazugehörigen Kästchen oder den dazugehörigen Kästchen keine Angabe findet.

Ist eine Angabe vorhanden, aber nicht leserlich, so setzen Sie bitte ein ☐ in den entsprechenden Kreis.

Beispiel:

Befindet sich bei der zweiten Angabe (männlich/weiblich) keine Angabe über das Geschlecht, so ist rechts auf der Seite (neben dem Text "Neugeborenen-Erstuntersuchung") der dazu gehörige Kreis anzukreuzen.

Bitte übertragen Sie jetzt die Angaben!

1	AOK	BKK	IKK	LKK	VdAK	AEV	Knapp- schaft	Sonsti- ge

2	männlich	
	weiblich	

U1

Neugeborenen- Erstuntersuchung

3 **Risikoschwangerschaft:** (vgl. Mutterpaß I) ☐ Nein ☐ Ja
 ggf. welche Störungen:
 Erhebliche psychische und soziale Belastungen während der Schwangerschaft . . . ☐
 Schwangerschaftsdauer Wochen:

4 **Besonderheiten bei der Geburt:** (vgl. Mutterpaß I) ☐ Nein ☐ Ja
 ggf. welche:
 Vorzeitiger Blasensprung ☐
 Hydramnion ☐
 Abnorm verlängerte oder verkürzte Geburt ☐
 Beckenendlage ☐
 Sonstige Lageanomalie ☐
 (welche:)
 Sectio aus: mütterlicher ☐ / kindlicher Indikation ☐
 Forceps ☐
 Vacuum-Extraktion ☐
 Mehrlingsgeburt ☐
 Intranatale Hypoxie (Absinken der kindlichen Herztöne < 100) ☐

5 **Zustand und Körpergröße des Neugeborenen**
 Asphyxie-Index nach APGAR (Punktzahl)
 1. Min. 5. Min. 10. Min.
 Geburtsgewicht Gramm cm cm
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

6 **Diagnose(n)** (siehe Kennziffernkatalog*
 Faltumschlag vorne)
 Kennz. Behandlung eingeleitet
 1. ☐ ☐ ☐
 2. ☐ ☐ ☐
 3. ☐ ☐ ☐

7 **Weitere Diagnostik veranlaßt wegen Verdacht auf:**
 (siehe Kennziffernkatalog*
 Faltumschlag vorne)
 Kennz.
 1. ☐
 2. ☐
 3. ☐

Bitte Kohlepapier einlegen

Datum

7401000E

INT: Gehen Sie bitte nochmals beide Seiten U 1 und U 2 auf Vollständigkeit durch und gehen Sie dann bitte weiter zu den Erläuterungen zum Mutterpaß.

MUTTERPASS



Bitte nochmals eintragen, ob Sie einen Mutterpaß einsehen konnten.

Konnte einen Mutterpaß einsehen

☐ 1/ 22

Konnte keinen Mutterpaß einsehen

☐ 2



Falls Sie den neuen Mutterpaß vorfinden, überblättern Sie bitte die nächste Seite und fahren mit den Erläuterungen zum neuen Mutterpaß fort.

Erläuterungen zum Übernehmen von Angaben aus "alten" Mutterpässen

Auf der folgenden Seite befindet sich ein Schema zum Übernehmen von Angaben aus verschiedenen Mutterpaßformularen. Da diese Formulare stark voneinander abweichen können, entspricht die nächste Seite in ihrem Aufbau keinem bestimmten Mutterpaß.

Im einzelnen sind folgende Angaben zu übernehmen:

- Geburtsdatum des Kindes
- Geschlecht des Kindes
- Geburtsdatum der Mutter
- Jeweiliger Tag (Datum) der Schwangerenvorsorgeuntersuchung
- Schwangerschaftswoche (bezogen auf den jeweiligen Tag der jeweiligen Schwangerenvorsorgeuntersuchung)
- Anzahl der Untersuchungen

Ist im Mutterpaß keine entsprechende Angabe festzustellen, dann schreiben Sie bitte ein ☐ K in das auf dem Formular vorgesehene Kästchen.

Ist eine Angabe vorhanden, aber nicht leserlich, so setzen Sie bitte ein ☐ U in das entsprechende Kästchen.

Blättern Sie jetzt bitte zur nächsten Seite um!

2201041

Seite 5, 11 oder 17 des Mutterpasses

INT: Entsprechend der vorhergehenden Seite (Seite 4 im Mutterpaß) die Kreuzchen übernehmen und bei fehlender Angabe den dazugehörigen Kreis ankreuzen.

	Nein	Ja	
Risikoschwangerschaft:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
I. Nach Anamnese			
1. Schwere Allgemeinerkrankungen der Mutter (Niere, Leber, erhebliche Adipositas usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
2. Zustand nach Sterilitätsbehandlung, wiederholten Aborten oder Frühgeburten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
3. Totes oder geschädigtes Kind in der Anamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
4. Zustand nach Uterusoperationen (z.B. Sectio, Myom, Fehlbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
5. Komplikationen bei vorangegangenen Entbindungen (z.B. schwere Blutungen, Thromboembolien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
6. Erstgebärende unter 18 Jahren oder über 34 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
7. Mehrgebärende über 40 Jahre und / oder Vielgebärende (mehr als 4 Kinder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
II. Nach Befund (jetzige Schwangerschaft)			
1. EPH-Gestose; Pyelonephritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
2. Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
3. Blutungen in der Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
4. Blutgruppen-Inkompatibilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
5. Mißverhältnis zwischen Uterus- bzw. Kindsgröße und Schwangerschaftsdauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
6. Drohende Frühgeburt (vorzeitige Wehen, Zervixinsuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
7. Mehrlinge; path. Kindslagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
8. Überschreitung des Geburtstermins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges: _____			
Anmerkung: Einzelne Risikofaktoren können in mehreren Diagnosen enthalten sein.			

T40T009E

SCHEMA FÜR ALTE MUTTERPASSFORMULARE

Spalte 23-64

Geburtsdatum
des Kindes

--	--	--

Geschlecht
des Kindes

--	--

männlich / Weiblich

Geburtsdatum
der Mutter

--	--	--

Tag der
Untersuchung

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

Schwangerschafts-
woche

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

Anzahl der
Untersuchungen

--

(Bitte nach der Anzahl der obigen Angaben zusammenzählen)

INT.: Bitte die übertragenen Angaben noch einmal überprüfen. Anschließend bitte den Mutterpaß und das Untersuchungsheft für Kinder (soweit vorhanden) an die Mutter zurückgeben. Warten bis die Mutter den schriftlichen Teil ausgefüllt und in den Umschlag gesteckt hat und dann bitte mit dem letzten Teil des Interviews fortfahren.

NEUER MUTTERPASS
(Gültig ab 1. 4. 1975)

Erläuterungen zum Übernehmen von Angaben aus dem neuen Mutterpaß

Auf den nächsten vier Seiten befinden sich aus dem Mutterpaß übernommene Formulare.
Zu übernehmen sind Angaben von 4 Seiten bzw. Doppelseiten

- der Seite 4
- der Seite 5 , 11 oder 17
- der Doppelseite 6 + 7, 12 + 13 oder 18 + 19
- der Seite 8 , 14 oder 20

Da es um das zuletzt geborene Kind geht, sind jeweils die Angaben aus der letzten Seite bzw. Doppelseite zu übernehmen, in der sich Eintragungen zum zuletzt geborenen Kind befinden müßten.

Im einzelnen sind

- Kreuzchen
- Zahlenangaben u n d
- Kurzzeichen für medizinische Angaben zu übernehmen.

Aus schraffierten Flächen sind keine Angaben zu übernehmen.

Auf den einzelnen Seiten finden sich noch besondere Erläuterungen für die jeweilige Seite.

Bitte zur nächsten Seite gehen!

74070042

INT.: Bitte alle Kreuzchen und Zahlenangaben übernehmen. Befindet sich in keinem der beiden zusammengehörigen Kästchen ein Kreuz, dann bitte den Kreis ankreuzen. Dasselbe gilt für die beiden danebenstehenden Spalten. Ist eine Angabe in den Spalten vorhanden, aber nicht leserlich, so tragen Sie bitte in das entsprechende Feld ein U ein.

Familienanamnese: _____			
Eigenanamnese: _____			
	nein	ja	
1. Rachitis oder Wirbelsäulenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Allergie <input type="checkbox"/>
2. Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Thromboseneigung <input type="checkbox"/>
3. Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Blutübertragungen <input type="checkbox"/>
4. Operationen (welche)	_____		8. Sonstiges (Dauermedikation) _____

Vorausgegangene Schwangerschaften			
davon:	nein	ja	wieviele:
1. Spontangeburt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fehlgeburten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Frühgeburten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Riesenkind / hypotrophe Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Perinatale Todesfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Vakuum-/Zangen-/BeckenendlagenGeb.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Schnittenbindungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mehrlingsgeburten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei „ja“ zu 2 bis 8: bitte weitere Angaben über Schwangerschaftsdauer, Indikation, Entbindungsklinik usw.:

INT.: Überprüfen Sie bitte anhand des Geburtsdatums auf Seite 8, 14 oder 20, ob zum zuletzt geborenen Kind Eintragungen enthalten sind.

- 19/ 1 ☐ Es sind keinerlei Angaben zum zuletzt geborenen Kind im Mutterpaß vorhanden (ab S. 5,11 oder 17)
- 2 ☐ Es sind Eintragungen vorhanden

INT.: Wenn dem letzten Kind zuordenbare Eintragungen vorhanden sind, gehen Sie bitte weiter zur nächsten Seite. Sind keinerlei Eintragungen vorhanden, so endet hier die Übernahme von Angaben aus dem Untersuchungsheft für Kinder und dem Mutterpaß. Warten Sie bitte bis die Befragte die schriftlichen Teile ausgefüllt und in den Umschlag gesteckt hat. Geben Sie ihr dann bitte den Mutterpaß und das Untersuchungsheft für Kinder (soweit vorhanden) zurück und fahren Sie dann bitte mit dem letzten Teil des Fragebogens fort.

INT.: Bitte die nichtschraffierten Teile in der Kopfzeile übernehmen und alle nichtschraffierten Teile aus dem Zeilen- und Spaltenraster. Fehlende Angaben bitte jeweils mit einem **K** (keine Angabe) kennzeichnen. Unleserliche Angaben mit einem **U**. Zum Abschluß tragen Sie bitte unten rechts die Anzahl der Spalten ein, in denen sich Angaben befinden.

Gravida:	Para:	Zyklus	LR:	EKB:	ET:												
Besonderheiten:																	
Tag der Untersuchung																	
Schwangerschafts- woche																	
Fundusstand																	
Kindslage																	
Herztöne																	
Oedeme / Varikosis																	
Gewicht																	
Blutdruck																	
Urin (Z/E) Sediment Bakteriolog. Befund																	
Hb (Ery)																	
Sonstiges: z.B. vag. Untersuch., Amniosk., Ultraschall, Verordn. usw.																	

ACHTUNG INT.: Befindet sich auch nur in einem Feld einer Spalte eine Angabe, so ist diese Spalte zur Anzahl der Untersuchungen zu rechnen und z.B. der Rest der Spalte vollständig durch K zu kennzeichnen.

Anzahl der
Untersuchungen



77, 78

INT.: Bitte Zahlenangaben und Kreuzchen übernehmen.
Bei fehlenden Angaben wieder den zugehörigen Kreis ankreuzen.

Geburt am: _____ normal ☐ Ja ☐ Nein

Besonderheiten: _____	
Wochenbett normal	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Besonderheiten: _____	
Gestillt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Kind:
Gewicht: _____ Länge: _____ Kopfumfang: _____

Apgar: nach 1 Min. nach 5 Min. nach 10 Min.

--	--	--

Kind gesund ☐ ☐ ☐

Besonderheiten:	
(nur bei rh-negativen Müttern)	
Blutgruppe und Rh-Faktor des Kindes	
ABO	Rh-pos. (D+) / Rh-neg. (D-)
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
*) Rh-positiv bzw. Rh-Negativ wörtlich eintragen	
Protokoll-Nr. des Laboratoriums	Datum der Untersuchung
Stempel des Laboratoriums	Unterschrift des Arztes

38001041

INT: Bitte nochmals die vier Seiten auf vollständige Übertragung der Angaben aus dem Mutterpaß durchsehen. Anschließend bitte der Mutter den Mutterpaß und das Untersuchungsheft für Kinder (soweit vorhanden) zurückgeben. Warten bis die Befragte den schriftlichen Teil ausgefüllt und in den Umschlag gesteckt hat und dann bitte mit dem letzten Teil des Interviews fortfahren.

Die nächsten Fragen bitten wir Sie selbst auszufüllen.

Machen Sie bitte immer ein Kreuz in eines der dafür vorgesehenen Kästchen, wenn die Angabe Ihrer eigenen Antwort auf diese Frage entspricht.

Bitte machen Sie Ihr Kreuz immer so ☒ und nicht so ☒

Auf den zusätzlichen Linien können Sie eventuelle zusätzliche Bemerkungen aufschreiben. Falls Sie irgendetwas nicht verstehen, bitten Sie die Interviewerin um Rat. Beantworten Sie die Fragen bitte hintereinander und prüfen Sie nach, ob Sie keine vergessen haben.

Wenn Sie alles ausgefüllt haben, tun Sie diese Blätter in den vorgesehenen Umschlag und verschließen ihn.

Und nun zu unseren nächsten Fragen.

-
1. Wann wurde Ihre letzte Schwangerschaft mit Sicherheit festgestellt?
- | | |
|--|--------------------------|
| Kurz nach Ausbleiben der Regel | <input type="checkbox"/> |
| Im dritten Monat | <input type="checkbox"/> |
| Als mein Bauch schon dicker wurde
(ca. 4. bis 5. Monat) | <input type="checkbox"/> |
| Erst als ich schon über den 5. Monat hinaus war | <input type="checkbox"/> |
| Weiß es nicht mehr genau | <input type="checkbox"/> |

Bemerkungen, und zwar:

11-13

-
2. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, festzustellen, ob eine Frau wirklich schwanger ist. Wie war das bei Ihrer letzten Schwangerschaft?
- | | |
|--|--------------------------|
| Meine letzte Schwangerschaft wurde mit Sicherheit festgestellt - | |
| durch Test in der Apotheke | <input type="checkbox"/> |
| durch Test zu Hause | <input type="checkbox"/> |
| durch eine Hebamme | <input type="checkbox"/> |
| durch einen Hausarzt bzw. prakt. Arzt | <input type="checkbox"/> |
| durch einen Frauenarzt (Facharzt) | <input type="checkbox"/> |
| Weiß es nicht mehr | <input type="checkbox"/> |

Bemerkungen, und zwar:

39001041

3. Für viele Frauen ist es ein besonderer Moment, wenn sie erfahren, daß sie ein Kind erwarten. Wie war das bei Ihnen? Was waren Ihre ersten Gedanken, als Sie über Ihre Schwangerschaft Gewißheit hatten?
Kreuzen Sie bitte bei jedem Satz ein Feld an, das auf ihre eigene damalige Reaktion zutrifft.

	Trifft voll und ganz zu	Trifft im wesent- lichen zu	Trifft tei- weise zu	Trifft eher nicht zu	Trifft im wesent- lichen nicht zu	Trifft gar nicht zu
Ich war vor Freude ganz aus dem Häuschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war erst einmal völlig ratlos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endlich ist es soweit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern (Vater Mutter) werden entsetzt sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endlich kann meine Familie stolz auf mich sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17-21

4. Wie haben die Menschen in Ihrer unmittelbaren Umgebung sich zu Ihrer Schwangerschaft gestellt? Kreuzen Sie bitte auf dem Schema unten das Feld an, das den Reaktionen jeder einzelnen Person Ihrem erwarteten Kind gegenüber entspricht.
Wenn aufgeführte Personen auf Ihre Situation nicht zutreffen, also Eltern Schwiegereltern usw. nicht vorhanden sind, oder z.B. gar nicht von Ihrer Schwangerschaft wußten, kreuzen Sie bitte das Feld "nicht informiert" bzw. "nicht vorhanden" an.

	Sehr positiv (be- geistert)	Eher positiv	Weder positiv noch negativ	Eher nega- tiv	Ganz negativ (ab- lehnd)	Nicht infor- miert	Nicht vor- handen
Der Vater des Kindes (Partner/Ehe- mann)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Meine Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Schwiegermutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Schwiegervater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde/Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22-28

40001044

5. Bitte geben Sie hier an, wieviel Sie von den folgenden Getränken in der Zeit zwischen der Feststellung der Schwangerschaft und der Geburt Ihres Kindes im allgemeinen zu sich genommen haben.

Kaffee

Täglich mehr als 6 Tassen ☐

Täglich 5 - 6 Tassen ☐

Täglich 3 - 4 Tassen ☐

Täglich 1 - 2 Tassen ☐

Weniger/überhaupt keinen ☐

Tee

Täglich mehr als 6 Tassen ☐

Täglich 5 - 6 Tassen ☐

Täglich 3 - 4 Tassen ☐

Täglich 1 - 2 Tassen ☐

Weniger/Überhaupt keinen ☐

Wein/Sekt

1 Flasche (1 Liter) am Tag und mehr ☐

Etwa 1/2 bis 1 Liter am Tag ☐

Täglich bis zu einem halben Liter ☐

Einige Gläser in der Woche ☐

Weniger/überhaupt keinen ☐

Liköre/Schnäpse

5 Gläschen am Tag und mehr ☐

3 - 4 Gläschen am Tag ☐

1 - 2 Gläschen am Tag ☐

Einige Gläschen in der Woche ☐

Weniger/überhaupt keinen ☐

Bier

2 Liter am Tag und mehr ☐

Etwa 1 - 2 Liter am Tag ☐

Täglich bis zu einem Liter ☐

Einige Gläser in der Woche ☐

Weniger/überhaupt keines ☐

29-33

6. Haben Sie in der Zeit Ihrer Schwangerschaft Zigaretten oder Zigarillos geraucht?
Bitte geben Sie an, wie viele das ungefähr waren.

Ungefähr _____ Stück am Tag

Nein, keine geraucht ☐

41001011

7. Haben Sie schon mal die Antibabypille genommen?
- Ja ☐
- Nein ☐
- Kenne ich nicht ☐

36

8. Haben Sie das Kind, das Sie jetzt geboren haben, auch zu diesem Zeitpunkt gewünscht?
- Eigentlich wollte ich gar kein Kind ☐
- Bitte kreuzen Sie von den folgenden Aussagen diejenige an, die am ehesten auf Sie zutrifft:
- Ein späterer Zeitpunkt wäre mir lieber gewesen ☐
- Es war mir egal, ich habe es darauf ankommen lassen ☐
- Eigentlich hätte ich das Kind schon früher haben wollen ☐
- Das Kind war zu diesem Zeitpunkt geplant ☐

37

9. Es gibt eine Reihe von Mitteln, eine Schwangerschaft zu verhindern.
- Wann haben Sie beziehungsweise Ihr Partner VOR der Geburt Ihres Kindes zuletzt irgendein Verhütungsmittel benutzt?
- Monat: _____
- Jahr: 19 _____
- Tragen Sie bitte den Monat und das Jahr ein.

38-41

10. Kreuzen Sie bitte an, welche(s) Verhütungsmittel Sie zuletzt benutzt haben.
- Antibabypille ☐
- Gummi, Überzieher (Präservativ, Kondom "Pariser") ☐
- Spirale ☐
- "Rückzieher", Verkehr vorher abbrechen (Coitus interruptus) ☐
- Verkehr nur an bestimmten empfängnisfreien ("ungefährlichen") Tagen ☐
- Scheidenring oder Muttermundkappe (Pessar) ☐
- Scheidenzäpfchen, Spray, Schaum (z.B. Patentex) ☐
- Andere Methoden, und zwar: _____ ☐
- _____ ☐
- _____ ☐
- Ich habe noch nie (ein) Verhütungsmittel benutzt ☐

42001041

11. In der letzten Zeit wird viel über Probleme der Abtreibung diskutiert und gestritten.
Welche rechtliche Lösung ist Ihrer Meinung nach die beste?
Lesen Sie die folgenden Möglichkeiten genau durch und entscheiden Sie sich bitte für eine davon.
- | | |
|---|--------------------------|
| Abtreibung sollte unter keinen Umständen erlaubt sein | <input type="checkbox"/> |
| Abtreibung sollte nur bei drohenden gesundheitlichen Gefahren für Mutter oder Kind (z.B. Mißbildung) erlaubt sein | <input type="checkbox"/> |
| Abtreibung sollte auch erlaubt sein, wenn schwierige Lebensverhältnisse vorliegen | <input type="checkbox"/> |
| Abtreibung sollte nur in den ersten 3 Monaten straffrei sein | <input type="checkbox"/> |
| Abtreibung sollte gänzlich straffrei sein | <input type="checkbox"/> |

50

12. Wie Sie vielleicht erfahren haben, wurde im letzten Jahr der § 218 des Strafgesetzbuches, der die Abtreibung betrifft, geändert.
Wurden Sie nach den vielen öffentlichen Auseinandersetzungen darüber informiert, wie es mit der Strafbarkeit der Frau jetzt aussieht?
Mit wieviel Gefängnis muß eine Frau heute im schlimmsten Fall rechnen, wenn Sie abtreibt?
- | | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Mit 3 Jahren Gefängnis ohne Bewährung | <input type="checkbox"/> |
| Mit 2 Jahren Gefängnis ohne Bewährung | <input type="checkbox"/> |
| Mit 1 Jahr Gefängnis ohne Bewährung | <input type="checkbox"/> |
| Mit 1 Jahr Gefängnis mit Bewährung | <input type="checkbox"/> |
| Mit 1/2 Jahr Gefängnis mit Bewährung | <input type="checkbox"/> |
| Sie kann nicht bestraft werden | <input type="checkbox"/> |
| Weiß nicht | <input type="checkbox"/> |

51

13. Und nun zu einem anderen Thema.
Jede Frau wird irgendwann zum erstenmal von einem Arzt oder Frauenarzt von der Scheide aus (meist auf einem besonderen Stuhl) untersucht. Wenn Sie einmal an diese Ihre erste frauenärztliche Untersuchung zurückdenken, wie war das bei Ihnen?
Kreuzen Sie bitte alle die Aussagen an, die Ihren Empfindungen bei dieser ersten Untersuchung entsprechen oder schreiben Sie auf, wie Sie es erlebten.

- | | |
|--|--------------------------|
| Ich fand es sehr peinlich | <input type="checkbox"/> |
| Es war ein ungewohntes Gefühl | <input type="checkbox"/> |
| Ich hatte Schmerzen dabei | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe mich vor Angst verkrampft | <input type="checkbox"/> |
| Es war mir gleichgültig, ich habe nichts dabei empfunden | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe es anders erlebt, und zwar: | |

Ich habe keinerlei Erinnerung mehr daran ☐

14. Haben Sie in Ihrer Jugend zu Hause mit Ihren Eltern über sexuelle Fragen gesprochen?
- Nein, nie ☐
- Ganz selten (in Ausnahmefällen) ☐
- Öfter mal/bei Gelegenheit ☐
- Immer, wenn ich wollte ☐

58

15. Noch zu einem anderen Thema. Wir haben hier eine Reihe von Sätzen gesammelt, die verschiedene Aussagen über mögliche Einstellungen zu Hausarbeit und gegenüber Kindern enthalten. Kreuzen Sie bitte jeweils an, inwieweit Sie diesen Aussagen zustimmen oder sie ablehnen.

	Stimme voll und ganz zu	Stimme im wesent- lichen zu	Stimme schwach zu	Lehne schwach ab	Lehne im wesent- lichen ab	Lehne voll und ganz ab
Im Leben einer Frau sollte die Familie immer Vorrang vor der eigenen Berufstätigkeit haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Hausarbeit ist den meisten anderen Berufstätigkeiten vorzuziehen, weil man sein eigener Herr ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder halten eine Frau davon ab, ihre Anlagen frei zu entfalten und zu verwirklichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auch Jungen sollen in der Schule Handarbeitsunterricht haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als Hausfrau und Mutter ist man meist nur der Dienstherr seiner Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nur ein Kind kann dem Leben einer Frau den wahren Inhalt geben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59-64

16. Wie würden Sie allgemein Ihre finanzielle Lage bezeichnen?
- Ist sie - sehr gut? ☐
- gut? ☐
- nicht gut, aber auch nicht schlecht? ☐
- weniger gut? ☐
- schlecht? ☐
- sehr schlecht? ☐

65

Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Mitarbeit bei diesen wichtigen Fragen.

* Bitte prüfen Sie noch einmal nach, ob Sie keine Frage vergessen haben. *

Stecken Sie bitte diese Blätter in den dafür vorgesehenen Umschlag, der verschlossen wird. Unsere Interviewerin hat abschließend noch ein paar Fragen an Sie.