

# Rehabilitandenbefragung

- Fragebogen zur medizinischen Rehabilitation
- Abhängigkeitserkrankungen
- Berufsbegleitende, ambulante Rehabilitation (ARS)



# Fragebogen zur Beurteilung Ihrer ambulanten Rehabilitation

Dieser Fragebogen dient zur Beurteilung Ihrer **ambulanten Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen**. Bitte füllen Sie ihn sorgfältig aus. Durch Ihre Antworten helfen Sie uns, die Qualität der Behandlung zu verbessern.

Bitte lesen Sie jede Frage genau durch. Kreuzen Sie dann die Antwortmöglichkeit an, die für Sie zutrifft. Wenn Sie sich bei einer Antwort nicht sicher sind, wählen Sie die Antwort, die **am ehesten** auf Sie zutrifft.

## WICHTIG:

Beantworten Sie bitte alle Fragen!

## I. Ihr Gesundheitszustand vor der ambulanten Reha

1

Denken Sie an Ihre Gesundheit und an Ihre Beschwerden, Gefühle, oder Schwierigkeiten **vor der Rehabilitation**. Wie stark waren Sie im Alltag, Beruf und/oder Haushalt dadurch beeinträchtigt?

### WICHTIG:

Wenn Sie die aufgeführten Beschwerden, Gefühle oder Ängste nicht gehabt haben, kreuzen Sie bitte „gar nicht“ an.

### Mögliche Beschwerden, Gefühle oder Ängste vor der Reha:

Ich war erschöpft und müde ...	<input type="checkbox"/>	E1				
	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	
Ich war niedergeschlagen oder ängstlich ...	<input type="checkbox"/>	E2				
	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	
Ich war nervös oder unruhig ...	<input type="checkbox"/>	E3				
	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	
Ich hatte das Gefühl, angespannt oder aufgeregt zu sein ...	<input type="checkbox"/>	E4				
	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	
Ich war in Gefühlsdingen verletzlich ...	<input type="checkbox"/>	E5				
	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	
Ich hatte ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit gegenüber der Zukunft ...	<input type="checkbox"/>	E6				
	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	
Ich hatte Schwierigkeiten, anderen Menschen zu vertrauen ...	<input type="checkbox"/>	E7				
	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	
Ich hatte Schwierigkeiten, Bekanntschaften oder Freundschaften aufrechtzuerhalten ...	<input type="checkbox"/>	E8				
	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	
	1	2	3	4	5	

**2****Wenn Sie an Ihre Gesundheit bzw. Ihre Leistungsfähigkeit vor der Rehabilitation zurückdenken, wie würden Sie...**

..... Ihre Gesundheit vor der Reha beschreiben?	<input type="checkbox"/>	E9				
	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	
..... Ihre Leistungsfähigkeit im Alltag und in der Freizeit vor der Reha beschreiben?	<input type="checkbox"/>	E10				
	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	
	1	2	3	4	5	

**II. Fragen zu Ihrer ambulanten Rehabilitation****3****Frühere Behandlungen bei Abhängigkeitserkrankungen**

Haben Sie in den letzten 3 Monaten vor der ambulanten Reha eine stationäre Reha bei Abhängigkeitserkrankungen abgeschlossen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E11
	nein	ja	
	1	2	

**4****Am Anfang der Rehabilitation wurde ich ausreichend darüber informiert, ...**

...wer meine Ansprechpartner sind ...	<input type="checkbox"/>	E12				
	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja	
...wie Termine festgelegt und Terminveränderungen bekannt gegeben werden ...	<input type="checkbox"/>	E13				
	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja	
	1	2	3	4	5	

## 5

## Am Anfang der Rehabilitation ...

... hat die Therapeutin oder der Therapeut den Ablauf der Behandlung mit mir besprochen...

nein

eher nein

teils ja,  
teils nein

eher ja

ja

E14

... hat mich die Therapeutin oder der Therapeut nach meinen eigenen Wünschen, Zielen und Vorstellungen bezüglich der Reha gefragt ...

nein

eher nein

teils ja,  
teils nein

eher ja

ja

E15

1

2

3

4

5

## Planung und Ziele Ihrer ambulanten Rehabilitation

## 6

## Abstimmung mit der Therapeutin oder dem Therapeuten über die Ausgestaltung der Rehabilitation

Meine Therapeutin oder mein Therapeut hat am Anfang die Ziele meiner Behandlung mit mir abgesprochen ...

nein

eher nein

teils ja,  
teils nein

eher ja

ja

E16

Meine Therapeutin oder mein Therapeut hat mit mir besprochen, wie meine Behandlungsziele am besten zu erreichen sind ...

nein

eher nein

teils ja,  
teils nein

eher ja

ja

E17

Meine Therapeutin oder mein Therapeut hat mich dazu angeregt, mich mit den Folgen meiner Abhängigkeitserkrankung für mein privates und berufliches Leben zu beschäftigen ...

nein

eher nein

teils ja,  
teils nein

eher ja

ja

E18

Die Fortschritte bei der Erreichung meiner Behandlungsziele wurden im Verlauf der Reha mit mir besprochen ...

nein

eher nein

teils ja,  
teils nein

eher ja

ja

E19

1

2

3

4

5

# Therapeutische Betreuung während der Rehabilitation

7

## Gruppengespräche

Ich hatte in der Gruppentherapie die Gelegenheit, die für mich persönlich wichtigen Problembereiche zu bearbeiten ...	<input type="checkbox"/>	E20				
	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja	
Der Austausch innerhalb der Gruppe war für mich hilfreich ...	<input type="checkbox"/>	E21				
	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja	
	1	2	3	4	5	

8

## Einzelgespräche

Ich hatte in der Einzeltherapie die Gelegenheit, die für mich persönlich wichtigen Problembereiche zu bearbeiten ...	<input type="checkbox"/>	E22				
	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja	
Ich hatte in den Gesprächen mit meiner Therapeutin oder meinem Therapeuten ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen ...	<input type="checkbox"/>	E23				
	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja	
	1	2	3	4	5	

9

## Angehörigengespräche

Hatten Ihre Angehörigen (Ehefrau, Ehemann, Lebensgefährtin, Lebenspartner, Kinder, Enkel, Bezugspersonen) die Möglichkeit, während der Rehabilitation mit Ihrer Therapeutin oder Ihrem Therapeuten zu sprechen?

- |   |  |  |     |
|---|--|--|-----|
| 1 | <input type="checkbox"/> ja  | → Bitte machen Sie mit <b>Frage 10</b> weiter. |     |
| 2 | <input type="checkbox"/> nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte  | → Bitte machen Sie mit <b>Frage 11</b> weiter. |     |
| 3 | <input type="checkbox"/> Ich wollte nicht, dass meine Angehörigen mit der Therapeutin oder dem Therapeuten sprechen. | → Bitte machen Sie mit <b>Frage 11</b> weiter. | E24 |
| 4 | <input type="checkbox"/> Ich weiß es nicht.  | → Bitte machen Sie mit <b>Frage 11</b> weiter. |     |
| 5 | <input type="checkbox"/> Ich habe keine Angehörigen.   | → Bitte machen Sie mit <b>Frage 11</b> weiter. |     |

**10**

**Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen über die Angehörigengespräche zu?**

Wichtige Probleme bezüglich der Familie/Partnerschaft konnten besprochen werden ...	<input type="checkbox"/>	E25				
	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja	
Die Anwesenheit der Therapeutin oder des Therapeuten war hilfreich für die Gespräche ...	<input type="checkbox"/>	E26				
	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja	
Die Gespräche waren hilfreich für die Familie/Partnerschaft ...	<input type="checkbox"/>	E27				
	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja	
	1	2	3	4	5	

**11**

**Haben Sie neben den Gesprächen in der Rehabilitation an ergänzenden Angeboten/Aktivitäten teilgenommen?**

**WICHTIG:** Bitte setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz.

Selbsthilfegruppe			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E28
nein	ja, auf Eigeninitiative	ja, durch Vermittlung der Einrichtung	
Sportliche Aktivitäten			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E29
nein	ja, auf Eigeninitiative	ja, durch Vermittlung der Einrichtung	
Freizeitaktivitäten			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E30
nein	ja, auf Eigeninitiative	ja, durch Vermittlung der Einrichtung	
1	2	3	

## Beratungen während der ambulanten Rehabilitation

12

**Haben Sie in den Gesprächen während Ihrer Behandlung in folgenden Bereichen Beratungen und Hilfen erhalten? Wenn ja, wie beurteilen Sie diese?**

Erhielten Sie Beratungen und Hilfen, um Ihnen die Situation am Arbeitsplatz zu erleichtern?

(z. B. durch Arbeitsplatzanpassung, Informationen über Ausbildung, Fortbildung oder Umschulung, Gespräch mit Ihrem Betrieb)

<input type="checkbox"/>	E31/E32						
nein, nicht erhalten	ja, und sie waren →	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	

Erhielten Sie Beratung und Hilfe in sozialen und rechtlichen Dingen?

(z. B. Hinweise auf Ihnen zustehende Geldleistungen, Rentenfragen, Hilfestellung bei Schuldenproblemen)

<input type="checkbox"/>	E33/E34						
nein, nicht erhalten	ja, und es war →	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	

1

2

1

2

3

4

5

## Therapieablauf während der Rehabilitation

13

**Bitte geben Sie an:**

Wie häufig fiel während Ihrer gesamten Rehabilitation ein Gesprächstermin ersatzlos aus? .....

<input type="checkbox"/>	E35				
nie	1-mal	2-mal	3-mal	mehr als 3-mal	

Wie häufig wechselte Ihre Therapeutin oder Ihr Therapeut? .....

<input type="checkbox"/>	E36				
nie	1-mal	2-mal	3-mal	mehr als 3-mal	

1

2

3

4

5

## Organisation der Einrichtung

14

Bitte bewerten Sie:

Die Atmosphäre in der Einrichtung war ...	<input type="checkbox"/>	E37				
	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	
Die Aufenthaltsmöglichkeiten in der Ein- richtung (Sitzecke, Café) waren .....	<input type="checkbox"/>	E38				
	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	
	1	2	3	4	5	

## III. Vorbereitung auf die Zeit nach der ambulanten Rehabilitation

15

Bitte beurteilen Sie folgende Aussagen:

Ich wurde in der Rehabilitation insge- samt auf die Zeit danach vorbereitet .....	<input type="checkbox"/>	E39				
	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja	
Ich habe für den häuslichen und den Freizeitbereich nützliche Verhaltens- empfehlungen in der Reha erhalten .....	<input type="checkbox"/>	E40				
	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja	
Ich bin ausreichend darüber informiert worden, was ich nach Ende der Reha tun kann, um weiter abstinent zu blei- ben .....	<input type="checkbox"/>	E41				
	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja	
	1	2	3	4	5	

## IV. Nach der ambulanten Rehabilitation

16

Hat Sie die Rehabilitation dazu angeregt, etwas Neues zu beginnen oder eine bisherige Aktivität fortzusetzen, um Ihre Gesundheit zu bessern oder zu erhalten?

**WICHTIG:** Bitte setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz.

Selbsthilfegruppe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E42
	nein	ja	
weitere Nachsorgeleistungen (z.B. Einzeltherapie, Gruppentherapie, ambulante Nachsorge bei Abhängigkeitserkrankungen) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E43
	nein	ja	
Gespräche bei einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E44
	nein	ja	
Fitnessstraining/Ausdauersport (z. B. Laufen, rasches Gehen, Schwimmen) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E45
	nein	ja	
Entspannungsübungen (z. B. autogenes Training) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E46
	nein	ja	
	1	2	

## V. Ereignisse zwischen dem Ende der ambulanten Rehabilitation und heute

17

Gab es seit dem Ende der Rehabilitation einschneidende Ereignisse, die Sie aus dem Gleichgewicht gebracht haben?

Denken Sie z. B. an Unfälle, Erkrankungen, Familienprobleme, Umzüge, berufliche Veränderungen, Arbeitslosigkeit oder Rechtsstreitigkeiten. Solche Ereignisse können die Gesundheit nach der Reha negativ beeinflussen. Daher wird hier die Häufigkeit solcher Ereignisse erfragt.

<input type="checkbox"/>	E47				
nein, kein Ereignis	ja, ein Ereignis	ja, zwei Ereignisse	ja, drei Ereignisse	mehr als drei Ereignisse	
0	1	2	3	4	

## VI. Fragen zu Ihren gesundheitlichen Beschwerden – Heute

18

In Frage 1 haben wir Sie nach Ihren Beschwerden vor der Rehabilitation gefragt. Wie sehr hat sich durch die Reha Ihre Gesundheit bis heute im Vergleich zu der Zeit vor der Behandlung verändert?

Erschöpfung, Müdigkeit ...	<input type="checkbox"/> nicht gehabt	<input type="checkbox"/> stark verschlechtert	<input type="checkbox"/> etwas ver- schlechtert	<input type="checkbox"/> gleich geblieben	<input type="checkbox"/> etwas verbessert	<input type="checkbox"/> stark verbessert	E48
Niedergeschla- genheit, Angst ...	<input type="checkbox"/> nicht gehabt	<input type="checkbox"/> stark verschlechtert	<input type="checkbox"/> etwas ver- schlechtert	<input type="checkbox"/> gleich geblieben	<input type="checkbox"/> etwas verbessert	<input type="checkbox"/> stark verbessert	E49
Nervosität, Unruhe ...	<input type="checkbox"/> nicht gehabt	<input type="checkbox"/> stark verschlechtert	<input type="checkbox"/> etwas verschlechtert	<input type="checkbox"/> gleich geblieben	<input type="checkbox"/> etwas verbessert	<input type="checkbox"/> stark verbessert	E50
Angespanntheit oder Aufgeregt- heit ...	<input type="checkbox"/> nicht gehabt	<input type="checkbox"/> stark verschlechtert	<input type="checkbox"/> etwas verschlechtert	<input type="checkbox"/> gleich geblieben	<input type="checkbox"/> etwas verbessert	<input type="checkbox"/> stark verbessert	E51
Verletzbarkeit/ Verletzlichkeit ...	<input type="checkbox"/> nicht gehabt	<input type="checkbox"/> stark verschlechtert	<input type="checkbox"/> etwas verschlechtert	<input type="checkbox"/> gleich geblieben	<input type="checkbox"/> etwas verbessert	<input type="checkbox"/> stark verbessert	E52
Hoffnungs- losigkeit ...	<input type="checkbox"/> nicht gehabt	<input type="checkbox"/> stark verschlechtert	<input type="checkbox"/> etwas verschlechtert	<input type="checkbox"/> gleich geblieben	<input type="checkbox"/> etwas verbessert	<input type="checkbox"/> stark verbessert	E53
Schwierigkeiten, anderen Men- schen zu ver- trauen ...	<input type="checkbox"/> nicht gehabt	<input type="checkbox"/> stark verschlechtert	<input type="checkbox"/> etwas verschlechtert	<input type="checkbox"/> gleich geblieben	<input type="checkbox"/> etwas verbessert	<input type="checkbox"/> stark verbessert	E54
Schwierigkeiten, Bekanntschaften oder Freund- schaften auf- rechtzuerhalten...	<input type="checkbox"/> nicht gehabt	<input type="checkbox"/> stark verschlechtert	<input type="checkbox"/> etwas verschlechtert	<input type="checkbox"/> gleich geblieben	<input type="checkbox"/> etwas verbessert	<input type="checkbox"/> stark verbessert	E55
	0	1	2	3	4	5	

**19****Fragen zu Ihren gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag heute:  
In welcher Weise hat sich...**

...Ihr Gesundheitszustand insgesamt durch die Rehabilitation geändert? ...

  
stark verschlechtert  
etwas verschlechtert  
gleich geblieben  
etwas verbessert  
stark verbessert

E56

...Ihre Leistungsfähigkeit im Alltag und in der Freizeit durch die Rehabilitation geändert? ...

  
stark verschlechtert  
etwas verschlechtert  
gleich geblieben  
etwas verbessert  
stark verbessert

E57

1

2

3

4

5

**20****Umgang mit Suchtmitteln (Alkohol, Medikamente, Drogen, Glücksspiel, Computer-/Internetgebrauch) seit dem Ende der ambulanten Rehabilitation**Wie beschreiben Sie selbst in den vergangenen 4 Wochen Ihren Umgang mit Suchtmitteln?...  
kein Konsum mehr  
nur gelegentlicher Konsum  
täglich/fast täglicher Konsum  
täglich mehrmaliger Konsum

E58

1

2

3

4

**21****Langfristiger Umgang mit Suchtmitteln (Alkohol, Medikamente, Drogen, Glücksspiel, Computer-/Internetgebrauch)**

Sehen Sie sich dazu in der Lage, langfristig abstinent zu bleiben?

  
sehr wahrscheinlich  
vermutlich  
weiß nicht  
vermutlich nicht  
auf keinen Fall

E59

1

2

3

4

5

**22****Erfolg der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen**

Wie beurteilen Sie den Erfolg der Rehabilitation insgesamt? ...

  
schlecht  
mittelmäßig  
gut  
sehr gut  
ausgezeichnet

E60

1

2

3

4

5

## VII. Erwerbstätigkeit

23

Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre derzeitige Situation am ehesten zu?  
**WICHTIG:** Kreuzen Sie bitte nur ein Kästchen an!

E61

Ich bin zur Zeit ...

- |   |  |  |
|---|--|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> berufstätig   |  |
| 2 | <input type="checkbox"/> arbeitslos mit Bezug von Arbeitslosengeld (auch ALG bzw. ehem. ALG I genannt) |  |
| 3 | <input type="checkbox"/> arbeitslos mit Bezug von Bürgergeld (ehem. auch ALG II bzw. Hartz IV genannt) |  |
| 4 | <input type="checkbox"/> Hausfrau, Hausmann oder nicht erwerbstätig                                    | → Bitte machen Sie mit <b>Frage 25</b> weiter. |
| 5 | <input type="checkbox"/> Rentner(in), Pensionär(in), im Vorruhestand                                   | → Bitte machen Sie mit <b>Frage 25</b> weiter. |

## VIII. Erwerbsfähigkeit, Leistungsvermögen, Rente

24

Bitte beantworten Sie die gesamte **Frage 24** nur, wenn Sie **berufstätig** sind oder **arbeitslos** gemeldet sind! Ansonsten gehen Sie bitte zu **Frage 25**!

(Bitte nur ein Kästchen ankreuzen!)

### Berufstätigkeit

Bis zum Beginn der Rehabilitation war ich.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
voll berufstätig	teilzeit- beschäftigt	arbeitslos gemeldet

E62

Ich bin zur Zeit .....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
voll berufstätig	teilzeit- beschäftigt	arbeitslos gemeldet

E63

1                      2                      3

Bitte beantworten Sie die gesamte **Frage 24** nur, wenn Sie **berufstätig** sind oder **arbeitslos** gemeldet sind! Ansonsten gehen Sie bitte zu **Frage 25!** (**Fortsetzung**)

**Arbeitsfähigkeit**

Ich war unmittelbar vor der Rehabilitation.....  arbeitsfähig (nicht krank geschrieben)  arbeitsunfähig (krank geschrieben) E64

Ich bin zur Zeit .....  arbeitsfähig (nicht krank geschrieben)  arbeitsunfähig (krank geschrieben) E65

1

2

**Krankschreibungen**

Wie lange waren Sie seit Ende der Reha bis heute durch einen Arzt krankgeschrieben? .....  gar nicht  etwa 1 Woche  etwa 2 Wochen  etwa 3 Wochen  etwa 4 Wochen  etwa 5 bis 6 Wochen  mehr als 6 Wochen E66

0

1

2

3

4

5

6

**Leistungsfähigkeit**

Wie würden Sie Ihre berufliche Leistungsfähigkeit unmittelbar vor der Reha beschreiben? .....  sehr schlecht  schlecht  teils, teils  gut  sehr gut E67

Wie würden Sie Ihre berufliche Leistungsfähigkeit zur Zeit beschreiben? .....  sehr schlecht  schlecht  teils, teils  gut  sehr gut E68

In welcher Weise hat sich Ihre berufliche Leistungsfähigkeit durch die Reha geändert? .....  stark verschlechtert  etwas verschlechtert  gleich geblieben  etwas verbessert  stark verbessert E69

Haben Sie für die Ausübung Ihrer beruflichen Tätigkeit in der Einrichtung nützliche Verhaltensempfehlungen erhalten? .....  nein  eher nein  teils ja, teils nein  eher ja  ja E70

Wenn Sie an Ihren heutigen Gesundheitszustand und an Ihre heutige Leistungsfähigkeit denken: Glauben Sie, dass Sie bis zum Erreichen des Rentenalters berufstätig sein können? .....  auf jeden Fall  eher ja  unsicher  eher nein  auf keinen Fall E71

1

2

3

4

5

**24**

Bitte beantworten Sie die gesamte **Frage 24** nur, wenn Sie **berufstätig** sind oder **arbeitslos** gemeldet sind! Ansonsten gehen Sie bitte zu **Frage 25!** (**Fortsetzung**)

**Rente**

Glauben Sie, dass durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand Ihre Erwerbsfähigkeit dauerhaft gefährdet ist? .....

nein

ja

E72

Überlegen Sie zurzeit, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente (Frührente aus Gesundheitsgründen) zu stellen? .....

nein

ja

E73

Hatten Sie bereits vor dieser Rehabilitation einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente (Frührente aus Gesundheitsgründen) gestellt? .....

nein

ja

E74

1

2

## IX. Gesamtbewertung: Zufriedenheit mit der ambulanten Rehabilitation

**25**

Wie würden Sie Ihre Rehabilitation insgesamt bewerten?

sehr schlecht

schlecht

teils, teils

gut

sehr gut

E75

1

2

3

4

5

## X. Angaben zu Ihrer Person

**26**

Angaben zu Ihrer Person

Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie erworben?

ohne  
Schulabschluss

Hauptschul-ab-  
schluss

Mittlere Reife

Fachabitur

Abitur

anderes

E76

1

2

3

4

5

6

**26****Angaben zu Ihrer Person (Fortsetzung)**

Leben Sie in einer festen Partnerschaft?

  
nein  
ja

E77

1

2

## XI. Verständlichkeit des Fragebogens

**27****Fragebogen-Verständlichkeit**

Ist Deutsch Ihre Muttersprache? .....

  
nein  
ja

E78

Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen  
des Fragebogens geholfen? .....  
nein  
ja

E79

1

2

Wir danken Ihnen sehr herzlich für Ihre Mitarbeit.  
Sehen Sie jetzt bitte den Fragebogen nochmals durch und prüfen Sie,  
ob Sie auch jede Frage beantwortet haben.

**Für die Versendung des Fragebogens verwenden Sie bitte  
den beiliegenden, frankierten und adressierten Rückumschlag!**