

Die Teilnahme an dieser Umfrage ist freiwillig.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Aus den statistischen Ergebnissen kann niemand erkennen, welche konkreten Personen hinter den Angaben stehen. Die Umfrage steht in keinem Zusammenhang mit Ihrem Asylverfahren, so dass es darauf keine Auswirkungen haben kann, auch nicht nachträglich, wenn Ihr Asylverfahren bereits abgeschlossen ist.

Die Bearbeitung des Fragebogens wird ca. 30 Minuten dauern.

WIE WIRD'S GEMACHT?

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus, indem Sie

- In die Kästchen ein Kreuz machen, beispielsweise:

Geschlecht:

- Männlich
 Weiblich

- In die umrandeten weißen Felder Zahlen eintragen, beispielsweise:

Geburtsjahr:

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 9 | 9 | 1 |
|---|---|---|---|

- In die Balken Text schreiben, beispielsweise:

Herkunftsland:

| |
|--------|
| Syrien |
|--------|

- Einen Wert auf der Skala ankreuzen, der Ihrer Meinung entspricht, beispielsweise:

| Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens? | Ganz und gar unzufrieden | | | | | Ganz und gar zufrieden | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. mit Ihrer Gesundheit? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN

In welchem Jahr wurden Sie geboren?

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Geschlecht:

- Männlich
 Weiblich
-

Familienstand:

- Ich bin ledig.
 Ich bin verheiratet.
 Ich bin geschieden.
 Ich bin verwitwet.
-

Staatsangehörigkeit:

| |
|--|
| |
|--|

In welchem Ort in Deutschland wohnen Sie derzeit?

| |
|--|
| |
|--|

Religionszugehörigkeit:

- Ich bin Mitglied einer christlichen Religionsgemeinschaft.
 Ich bin Mitglied einer islamischen Religionsgemeinschaft.
 Ich bin Mitglied einer anderen Religionsgemeinschaft.
 Ich gehöre keiner Religion an.
-

Wie viele Mitglieder hat Ihre Familie, Sie selbst eingeschlossen?

Wie viele Kinder haben Sie?

Was würden Sie sagen: Wie viele enge Freunde haben Sie?

Wie lange dauerte Ihre schulische Ausbildung?

- 1 – 6 Jahre
- 7 – 12 Jahre
- 13 – 15 Jahre
- 16+ Jahre
- Meine schulische Ausbildung ist noch nicht abgeschlossen.

Welchen beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?

- Ich bin in beruflicher Ausbildung
- Ich habe keinen beruflichen Abschluss
- Ich habe eine beruflich-betriebliche Berufsausbildung
- Ich habe einen Hochschulabschluss
- Ich habe einen Fachhochschulabschluss

Erwerbsstatus:

- Arbeitslos
- Erwerbstätig
- Studierende/r oder Schüler/in

Wenn Sie erwerbstätig sind: Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?

- Selbständiger
- Arbeiter
- Angestellter
- Beamter
- Auszubildender
- Praktikant

-
- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Gehört der Betrieb, in dem Sie arbeiten, zum öffentlichen Dienst? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Handelt es sich um ein Zeitarbeits- bzw. Leiharbeitsverhältnis? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie ein befristetes Arbeitsverhältnis? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Handelt es sich um eine geringfügige Beschäftigung (450€)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Wie hoch ist Ihr monatliches Nettoeinkommen?

| |
|------------|
| € im Monat |
|------------|

Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitsstatus beschreiben?

- Sehr gut
- Gut
- Zufriedenstellend
- Weniger Gut
- Schlecht

Wann sind Sie in Deutschland angekommen?

| | | | |
|---|---|--|--|
| 2 | 0 | | |
|---|---|--|--|

Jahr

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Monat

Haben Sie Verwandte, die bereits in Deutschland leben?

- Ja
- Nein

Welche Gründe waren für Sie entscheidend, Ihr Herkunftsland zu verlassen?

Bitte geben Sie alles Zutreffende an!

- Angst vor gewaltsamen Konflikten oder Krieg
- Verfolgung
- Diskriminierung (ethnische, religiöse, etc.)
- Schlechte persönliche Lebensbedingungen
- Allgemein wirtschaftliche Situation im Land
- Ich wollte zu Familienangehörigen ziehen
- Meine Familie hat mich geschickt
- Weil Familienangehörige/Freunde dieses Land verlassen haben
- Sonstige Gründe

Asylstatus:

- | | | | | | | | | |
|---|---|-------------------------------|---|--|--|---|--|--|
| Hatten Sie bei Ihrem Zuzug nach Deutschland Unterstützung von Verwandten oder Bekannten, die bereits in Deutschland lebten? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | | | | | | |
| Haben Sie bereits einen Asylantrag gestellt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | | | | | | |
| Wann haben Sie beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge Ihren Antrag gestellt? | <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 20px;">0</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table> | 2 | 0 | | | <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table> | | |
| 2 | 0 | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | Jahr | Monat | | | | | | |
| Wurde für diesen Antrag bereits eine Entscheidung getroffen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | | | | | | |
| Wurde Ihr Asylantrag abgelehnt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | | | | | | |
| Wurde Ihrem Asylantrag zugestimmt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | | | | | | |
| Haben Sie trotz Ablehnung eine Duldung erhalten? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | | | | | | |
| Möchten Sie für immer in Deutschland bleiben? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | | | | | | |
| Wohnen Sie derzeit in einer Sammelunterkunft? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | | | | | | |

Welchen Aufenthaltstitel haben Sie momentan?

Wenn Sie sich nicht sicher sind, schauen Sie bitte auf das Etikett der Ausländerbehörde in Ihrem Pass.

- Asylbewerber (Aufenthaltsgestattung nach § 55 Asylgesetz)
- Asylberechtigt (Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 1 Aufenthaltsgesetz)
- Flüchtling (Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 2 Aufenthaltsgesetz)
- Duldung (nach § 60a Aufenthaltsgesetz)
- Niederlassungserlaubnis (nach § 26 Absatz 3 Aufenthaltsgesetz)
- Einen anderen Aufenthaltstitel

Mit wie vielen Menschen teilen Sie sich derzeit eine Wohneinheit?

Wie gut können Sie die deutsche Sprache?

- | | | | | | |
|-----------|-----------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--|------------------------------------|
| Sprechen | <input type="checkbox"/> Sehr gut | <input type="checkbox"/> Gut | <input type="checkbox"/> Es geht | <input type="checkbox"/> Eher schlecht | <input type="checkbox"/> Gar nicht |
| Schreiben | <input type="checkbox"/> Sehr gut | <input type="checkbox"/> Gut | <input type="checkbox"/> Es geht | <input type="checkbox"/> Eher schlecht | <input type="checkbox"/> Gar nicht |
| Lesen | <input type="checkbox"/> Sehr gut | <input type="checkbox"/> Gut | <input type="checkbox"/> Es geht | <input type="checkbox"/> Eher schlecht | <input type="checkbox"/> Gar nicht |

LEBENSZUFRIEDENHEIT

Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?

| | Ganz und gar unzufrieden | | | | | | | | | | Ganz und gar zufrieden | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. mit Ihrer Gesundheit? | <input type="checkbox"/> |
| 2. mit Ihrer finanzielle Lage? | <input type="checkbox"/> |
| 3. mit Ihrer Freizeit? | <input type="checkbox"/> |
| 4. mit Ihrer Ehe / Partnerschaft? | <input type="checkbox"/> |
| 5. mit Ihrer Wohnsituation? | <input type="checkbox"/> |
| 6. mit Ihrer Eigenen Person? | <input type="checkbox"/> |
| 7. mit Ihrem Familienleben? | <input type="checkbox"/> |
| 8. mit Ihren Freunden, Bekannten und Verwandten? | <input type="checkbox"/> |
| 9. mit Ihrem Leben im Allgemeinen? | <input type="checkbox"/> |

Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig mit den folgenden Bereichen Ihrer Wohnsituation?

| | Ganz und gar unzufrieden | | | | | | | | | | Ganz und gar zufrieden | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. im Allgemeinen? | <input type="checkbox"/> |
| 2. mit der Qualität des Essens? | <input type="checkbox"/> |
| 3. mit dem Geräuschpegel? | <input type="checkbox"/> |
| 4. mit der Privatsphäre? | <input type="checkbox"/> |
| 5. mit den Freizeitangeboten? | <input type="checkbox"/> |
| 6. mit der Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr? | <input type="checkbox"/> |
| 7. mit der Sicherheit? | <input type="checkbox"/> |

Wie oft haben Sie sich in den letzten vier Wochen ...

| | Sehr selten | Selten | Manchmal | Oft | Sehr oft |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ärgerlich gefühlt? | <input type="checkbox"/> |
| 2. ängstlich gefühlt? | <input type="checkbox"/> |
| 3. glücklich gefühlt? | <input type="checkbox"/> |
| 4. traurig gefühlt? | <input type="checkbox"/> |

Wie häufig haben Sie persönlich die Erfahrung gemacht, hier in Deutschland aufgrund Ihrer Herkunft benachteiligt worden zu sein?

- Häufig
- Selten
- Nie

Die folgenden Aussagen kennzeichnen verschiedene Einstellungen zum Leben und zur Zukunft. In welchem Maße stimmen Sie persönlich den einzelnen Aussagen zu?

| | Stimme überhaupt nicht zu | | | | | | | | | | Stimme voll zu |
|--|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | |
| 1. Wie mein Leben verläuft, hängt von mir selbst ab | <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"/> |
| 2. Im Vergleich mit anderen habe ich nicht das erreicht, was ich verdient habe | <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"/> |
| 3. Was man im Leben erreicht, ist in erster Linie eine Frage von Schicksal oder Glück | <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"/> |
| 4. Wenn man sich sozial / politisch engagiert, kann man die sozialen Verhältnisse beeinflussen | <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"/> |
| 5. Erfolg muss man sich hart erarbeiten | <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"/> |
| 6. Wenn ich im Leben auf Schwierigkeiten stoße, zweifle ich oft an meinen Fähigkeiten | <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"/> |
| 7. Welche Möglichkeiten ich im Leben habe, wird von den sozialen Umständen bestimmt | <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"/> |

Die folgenden Aussagen kennzeichnen verschiedene Einstellungen zum Leben und zur Zukunft. In welchem Maße stimmen Sie persönlich den einzelnen Aussagen zu?

| | Stimme überhaupt nicht zu | | | | | | | | | | Stimme voll zu | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 8. Wichtiger als alle Anstrengungen sind die Fähigkeiten, die man mitbringt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> |
| 9. Ich habe wenig Kontrolle über die Dinge, die in meinem Leben passieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> |
| 10. Ich mache häufig die Erfahrung, dass andere über mein Leben bestimmen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> |

In welchem Maße treffen die folgenden Aussagen auf Sie persönlich zu?

| | Trifft überhaupt nicht zu | | | | | | | | | | Trifft voll zu | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. Wenn mir jemand einen Gefallen tut, bin ich bereit, dies zu erwidern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> |
| 2. Wenn mir schweres Unrecht zuteil wird, e ich mich um jeden Preis bei der nächsten Gelegenheit dafür rächen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> |
| 3. Wenn mich jemand in eine schwierige Lage bringt, werde ich das Gleiche mit ihm machen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> |
| 4. Ich strenge mich besonders an, um jemandem zu helfen, der mir früher schon mal geholfen hat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> |
| 5. Wenn mich jemand beleidigt, werde ich mich ihm gegenüber auch beleidigend verhalten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> |
| 6. Ich bin bereit, Kosten auf mich zu nehmen, um jemandem zu helfen, der mir früher einmal geholfen hat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> |
| 7. Ich komme relativ leicht darüber hinweg, wenn jemand mich emotional verletzt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> |
| 8. Wenn jemand mir Unrecht getan hat, denke ich oft lange darüber nach | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> |
| 9. Ich bin tendenziell nachtragend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> |



In welchem Maße treffen die folgenden Aussagen auf Sie persönlich zu?

Trifft
überhaupt
nicht zu

Trifft voll
zu

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Wenn andere mir unrecht tun, versuche ich einfach zu vergeben und zu vergessen

11. Ich habe eine positive Einstellung zu mir selbst

Haben Sie das Gefühl, dass das, was Sie in Ihrem Leben machen, wertvoll und nützlich ist?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Überhaupt
nicht
wertvoll

Vollkommen
wertvoll

Sind Sie im Allgemeinen ein risikobereiter Mensch oder versuchen Sie, Risiken zu vermeiden?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gar nicht
risikobereit

Sehr
risikobereit

... Fast geschafft!

Sollten Sie derzeit keine berufliche Tätigkeit ausüben, können Sie den Fragebogen nun beenden. Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Sollten Sie derzeit beruflich in Deutschland tätig sein, möchte ich Sie bitten den letzten Teil der Befragung in derselben Weise wie bisher zu beantworten.

ARBEITZUFRIEDENHEIT

| Meine Tätigkeiten... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. sind ziemlich uninteressant. | <input type="checkbox"/> |
| 2. sind spannend. | <input type="checkbox"/> |
| 3. fordern mich. | <input type="checkbox"/> |
| 4. langweilen mich. | <input type="checkbox"/> |
| 5. gefallen mir. | <input type="checkbox"/> |

| Meine Arbeitskollegen/innen sind... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. zerstritten. | <input type="checkbox"/> |
| 2. sympathisch. | <input type="checkbox"/> |
| 3. kollegial. | <input type="checkbox"/> |
| 4. angenehm. | <input type="checkbox"/> |
| 5. frustrierend. | <input type="checkbox"/> |

| Meine Entwicklungsmöglichkeiten ... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. sind gut. | <input type="checkbox"/> |
| 2. sind ziemlich eingeschränkt. | <input type="checkbox"/> |
| 3. sind angemessen. | <input type="checkbox"/> |
| 4. existieren kaum. | <input type="checkbox"/> |
| 5. sind leistungsgerecht. | <input type="checkbox"/> |

| Meine Bezahlung... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ist fair. | <input type="checkbox"/> |
| 2. ist ungerecht. | <input type="checkbox"/> |
| 3. ist zufriedenstellend. | <input type="checkbox"/> |
| 4. ist unangemessen. | <input type="checkbox"/> |
| 5. ist schlecht. | <input type="checkbox"/> |

| Mein/e direkte/r Vorgesetzte/r ... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ist rücksichtsvoll. | <input type="checkbox"/> |
| 2. ist fair. | <input type="checkbox"/> |
| 3. ist unbeliebt. | <input type="checkbox"/> |
| 4. ist vertrauenswürdig. | <input type="checkbox"/> |
| 5. ist ungerecht. | <input type="checkbox"/> |

| Alles in allem ist mein Job ... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. gut. | <input type="checkbox"/> |
| 9. zufriedenstellend. | <input type="checkbox"/> |
| 10. dürftig. | <input type="checkbox"/> |
| 11. angenehm. | <input type="checkbox"/> |
| 12. niemandem zu wünschen. | <input type="checkbox"/> |

VIELEN DANK FÜR IHRE TEILNAHME!