

Schule: _____

Klasse: _____

Codierung des Kindes:

Zunächst haben wir einige Fragen zu Ihrem Kind:

1. Was ist das Geschlecht Ihres Kindes?

Männlich

Weiblich

2. Wann ist Ihr Kind geboren?

Tag: __ Monat : __ Jahr: ____

3. Wer beantwortet diesen Fragebogen?

[Bitte nur eine Antwort ankreuzen]

Mutter
Vater
Mutter und Vater gemeinsam

Großeltern, andere Verwandte
Pflegeeltern/Adoptiveltern
Betreuer

4. Bei wem lebt Ihr Kind hauptsächlich?

[Bitte nur eine Antwort ankreuzen]

Eltern
Mutter und ihrem Partner
Vater und seiner Partnerin
Mutter
Vater

Großeltern oder anderen Verwandten
Pflegeeltern/Adoptiveltern
In einem Heim

Nun ein paar Fragen zu Ihnen:

5. Wie viele Kinder haben Sie? __ (Anzahl der Kinder)

6. Wie alt sind Ihre Kinder?

1. Kind _____ Jahre
2. Kind _____ Jahre
3. Kind _____ Jahre
4. Kind _____ Jahre
5. Kind _____ Jahre

6. Kind _____ Jahre
7. Kind _____ Jahre
8. Kind _____ Jahre
9. Kind _____ Jahre
10. Kind _____ Jahre

7. Wie viele Personen leben insgesamt in Ihrem im Haushalt (einschließlich Ihnen)?

_____ Personen

Bitte weiter auf der nächsten Seite! Danke

Nun haben wir einige Fragen zu Bewegung und Sport in Ihrer Familie:

8. Treiben Sie selbst Sport?

Ja Nein

9. Sind Sie Mitglied in einem Sportverein?

Ja Nein

10. Bitte geben Sie folgende Maße an:

Meine Körpergröße: _____ cm Keine Angabe

Mein Gewicht: _____ kg Keine Angabe

11. Wie kommt Ihr Kind normalerweise zur Schule?

Zu Fuß Mit dem Fahrrad

Mit dem Auto Mit dem Bus

12. Wie oft in der Woche hat ihr Kind Bewegungseinheiten (Sportunterricht, Ganztagsangebot, AG) in der Schule?

täglich 4x / Woche 3x / Woche 2x / Woche 1x / Woche nie

13. Ist ihr Kind darüber hinaus sportlich aktiv?

Ja Nein

14. Ist Ihr Kind Mitglied in einem Sportverein?

Ja Nein

15. Wie oft bewegt sich ihr Kind normalerweise außerhalb der Schule?

[Sporteinheiten im Sportverein, Draußen Spielen mit Freunden, Fahrradfahren etc.]

täglich 6x / Woche 5x / Woche 4x / Woche 3x / Woche 2x / Woche 1x / Woche nie

16. Kann Ihr Kind: [Bei Ja bitte jeweils ankreuzen, Mehrfachnennung möglich]

Fahrrad fahren Roller / Kickboard Fahren
Schwimmen Rollschuh / Inliner Fahren

Bitte weiter auf der nächsten Seite! Danke

Ab jetzt geht es um Fragen zur Gesundheit Ihrer Familie:

17. Wie würden Sie den Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen bezeichnen?

Sehr gut Gut Mittelmäßig Schlecht Sehr schlecht

18. Kinder fühlen sich in unterschiedlichem Maße in ihrem Körper wohl.

Was ist Ihr Eindruck: Wie wohl fühlt sich ihr Kind in seinem Körper?

Sehr wohl Wohl Mittelmäßig Unwohl Sehr Unwohl

19. Wie schätzen Sie das Gewicht Ihres Kindes ein? Mein Kind ist...

viel zu dünn. etwas zu dünn. genau richtig. etwas zu dick. viel zu dick.

20. Wie würden Sie Ihren EIGENEN Gesundheitszustand im Allgemeinen einschätzen?

Sehr gut Gut Mittelmäßig Schlecht Sehr schlecht

21. Leidet Ihr Kind unter einer länger andauernden oder dauerhaften Erkrankung?

Ja Nein

Wenn ja: Welche Krankheit(en): _____

Wenn ja: Ist Ihr Kind in regelmäßiger ärztlicher oder therapeutischer Behandlung?

Ja Nein

22. Sind Sie der Meinung, dass Ihr Kind gesund isst?

Ja Eher Ja Eher Nein Nein

23. Ist es schwierig für Sie, Ihrem Kind beizubringen, wie es gesund isst und trinkt?

Ja Eher Ja Eher Nein Nein

24. Ist es schwierig für Sie, Ihrem Kind täglich das Essen anzubieten, das es braucht?

Ja Eher Ja Eher Nein Nein

Bitte weiter auf der nächsten Seite! Danke

25. Eine Bitte für die nächsten Fragen: **Überlegen Sie, wie Ihr Kind sich in der letzten Woche gefühlt hat. Kreuzen Sie die Antwort an, die für Ihr Kind am besten passt.**

In der letzten Woche...	nie	selten	manchmal	oft	immer
... hat mein Kind sich krank gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte mein Kind Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war mein Kind müde und schlapp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte mein Kind viel Kraft und Ausdauer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat mein Kind viel gelacht und Spaß gehabt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte mein Kind zu nichts Lust.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat mein Kind sich allein gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat mein Kind sich ängstlich oder unsicher gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der letzten Woche...	nie	selten	manchmal	oft	immer
... war mein Kind stolz auf sich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fühlte mein Kind sich wohl in seiner Haut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.... mochte mein Kind sich selbst leiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte mein Kind viele gute Ideen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat mein Kind sich gut mit uns als Eltern verstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat mein Kind sich zu Hause wohl gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatten wir schlimmen Streit zu Hause.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fühlte mein Kind sich durch mich bevormundet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der letzten Woche...	nie	selten	manchmal	oft	immer
... hat mein Kind mit Freunden gespielt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist mein Kind bei anderen „gut angekommen“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat mein Kind sich gut mit seinen Freunden verstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte mein Kind das Gefühl, dass es anders ist als die anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte weiter auf der nächsten Seite! Danke

In der letzten Woche...	nie	selten	manchmal	oft	immer
... hat mein Kind die Aufgaben in der Schule gut geschafft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat meinem Kind der Unterricht Spaß gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat mein Kind sich Sorgen um seine Zukunft gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte mein Kind Angst vor schlechten Noten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jetzt haben wir einige Fragen zum Essen in der Familie:

26. Wie oft pro Woche wird bei Ihnen zu Hause selbst gekocht?

- Nie An einem Tag An zwei Tagen An drei Tagen An vier Tagen An fünf Tagen Jeden Tag

27. Wie oft pro Woche sitzen bei Ihnen zu Hause beim Essen alle zusammen?

- Nie An einem Tag An zwei Tagen An drei Tagen An vier Tagen An Fünf Tagen Jeden Tag

28. Wer entscheidet bei Ihnen zu Hause normalerweise was gekocht wird?

[Bitte ankreuzen. Nur ein Kreuz.]

- Mutter
 Vater
 Kind / Kinder
 Die Familie gemeinsam
 Jemand anderes (z.B. die Oma); Bitte benennen:

29. Wer ist bei Ihnen zu Hause normalerweise beim Zubereiten der Mahlzeiten beteiligt?

[Bitte ankreuzen. Nur ein Kreuz.]

- Mutter
 Vater
 Kind / Kinder
 Die Familie gemeinsam
 Jemand anderes (z.B. die Oma); Bitte benennen:

30. Wie schätzen Sie selbst Ihre Religiosität ein?

- Gar nicht religiös Eher nicht religiös Eher religiös Sehr religiös

Bitte weiter auf der nächsten Seite! Danke

Nun haben wir nochmal ein paar Fragen zu Ihnen und Ihrer Familie:

31. Wie alt sind Sie? [Bitte für beide Elternteile angeben]

Vater: Jahre _____ Mutter: Jahre _____

32. In welchem Land wurden Sie geboren

	In Deutschland	In einem anderen Land	In welchem?
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

33. Falls Sie in einem anderen Land geboren wurden: Seit wie vielen Jahren leben Sie bereits in Deutschland? [Bitte für beide Elternteile angeben]

Vater: Jahre _____ Mutter: Jahre _____

34. Falls Sie in Deutschland geboren wurden: In welchem Land sind die Großeltern Ihres Kindes geboren, also Vater und Mutter von Ihnen und dem anderen Elternteil? [Bitte für beide Elternteile angeben]

	Eltern der Mutter		Eltern des Vaters	
	Großmutter	Großvater	Großmutter	Großvater
In Deutschland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In einem anderen Land	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In welchem Land?	_____	_____	_____	_____

35. Falls Sie eine andere Staatsbürgerschaft haben, haben Sie einen unbefristeten oder einen befristeten Aufenthaltsstatus? [Bitte für beide Elternteile angeben]

Mutter	Unbefristet	<input type="checkbox"/>	Befristet	<input type="checkbox"/>
Vater	Unbefristet	<input type="checkbox"/>	Befristet	<input type="checkbox"/>

36. Welche Sprache sprechen Sie hauptsächlich mit Ihrem Kind? [Bitte für beide Elternteile angeben]

Mutter	Deutsch	<input type="checkbox"/>	Andere	<input type="checkbox"/>	Welche?

Vater	Deutsch	<input type="checkbox"/>	Andere	<input type="checkbox"/>	Welche?

37. Wie schätzen Sie Ihre deutschen Sprachkenntnisse ein? [Bitte für beide Elternteile angeben]

	Sehr gut	Eher gut	Mittelmäßig	Eher schlecht	Sehr Schlecht
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte weiter auf der nächsten Seite! Danke

Im Folgenden geht es darum, wie Sie in Ihrer Familie miteinander umgehen. Geben Sie bitte bei *jeder* Möglichkeit an, wie oft dies *typischerweise* in Ihrer Familie vorkommt. Bitte versuchen Sie nicht, Ihre Antworten aufeinander abzustimmen. Es gibt keine richtigen und falschen Antworten.

	Fast nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
Sie führen ein freundliches Gespräch mit Ihrem Kind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie sagen Ihrem Kind, dass es etwas gut gemacht hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie drohen dem Kind eine Strafe an, strafen es dann aber doch nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihr Kind hat etwas falsch gemacht und verhandelt so lange mit Ihnen, bis Sie von einer Bestrafung absehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie loben Ihr Kind, wenn es etwas gut gemacht hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Ihr Kind anfängt mit Ihnen zu verhandeln, sprechen Sie ein Machtwort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fast nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
Sie loben Ihr Kind, wenn es sich gut benommen hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Ihr Kind möchte, dass Sie eine Ausnahme machen, bestehen Sie auf Ihren Regeln, damit klar ist, wer in der Familie das Sagen hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie umarmen Ihr Kind oder geben ihm einen Kuss, wenn es etwas gut gemacht hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie vermindern eine Bestrafung (z. B. Sie heben ein Verbot früher auf, als Sie ursprünglich angekündigt haben).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie zeigen Ihrem Kind, dass Sie sich freuen, wenn es in Haus und Garten hilft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fast nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
Wenn Ihr Kind etwas erledigen soll, geben Sie ein deutliches Kommando und dulden keine großen Umschweife.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je nachdem, wie gut sie gelaunt sind, sind die Strafen für Ihr Kind mehr oder weniger streng.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie greifen durch, weil Kinder ihre Grenzen kennen lernen müssen, auch wenn es Ihr Verhältnis zu Ihrem Kind trübt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie halten Ihr Kind fest oder schütteln es, wenn es etwas falsch gemacht hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie geben Ihrem Kind einen Klaps, wenn es etwas Falsches gemacht hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte weiter auf der nächsten Seite! Danke

	Fast nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
Wenn Ihr Kind sich nicht genau an Ihre Anweisungen hält, weisen Sie es sofort zurecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Diskussionen mit Ihrem Kind kommt es vor, dass Ihre Worte nicht ausreichen und Sie auch schon mal anpacken müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie setzen Ihrem Kind klare Grenzen, damit es Ihnen nicht auf der Nase herum tanzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt Ihnen schwer, in Ihrer Erziehung konsequent zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Tage, an denen Sie strenger sind als an anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie beobachten, dass Eltern ihr Kind ohrfeigen, würden Sie es am liebsten in Schutz nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zum Abschluss möchten wir noch gerne wissen, was die Schwächen und Stärken Ihres Kindes sind: Bitte markieren Sie zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten sechs Monaten:

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Rücksichtsvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Einzelgänger; spielt meist alleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ständig zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte weiter auf der nächsten Seite! Danke

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lieb zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lügt oder mogelt häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denkt nach, bevor er/sie handelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie noch weitere Anmerkungen zum Thema oder zum Fragebogen?

Herzlichen Dank für Ihre Zeit und Teilnahme!

