

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr

In dieser Untersuchung geht es um die Einordnung von Lebensereignissen, Krisen und Umorientierungen in den menschlichen Lebenslauf (Biographieforschung). Wir möchten Aufschluss über Belastungen erhalten, denen Menschen durch persönliche sowie äußere Umstände in ihrem Leben ausgesetzt waren, und wodurch Veränderungen im Lebenslauf auftraten. Des Weiteren interessiert uns die Altersstruktur menschlicher Beziehungen.

Mit Hilfe einer wissenschaftlichen Untersuchung der Universität des Saarlandes hoffen wir, durch Ihre Mitarbeit Aufschluss über die dargelegten Fragen zu erhalten. Wir bitten Sie, den Fragebogen zügig, aber gewissenhaft auszufüllen und ihn möglichst bald (**spätestens bis zum 30.Juni**) an obige Adresse zu senden (für Familienmitglieder, Freunde und Bekannte können Sie ihn auch fotokopieren). Selbstverständlich behandeln wir Ihre Antworten streng vertraulich; die Angabe Ihres Namens und Ihrer Adresse sind nicht nötig. Wenn Sie uns allerdings einen Absender auf Ihr Antwortkuvert schreiben und den Fragebogen **vollständig ausgefüllt innerhalb der nächsten 14 Tage** an obige Adresse senden, nehmen Sie an einer Verlosung von 10 Videos humoristischen Inhalts teil.

Für Ihre Bemühungen danken wir Ihnen herzlich!
Ihr Forschungsteam der Universität des Saarlandes

Fragebogen

1. Geburtsdatum: Geburtsort/Staat:
2. Geschlecht: weiblich männlich
3. Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden/getrennt
4. Hatten/Haben Sie eine Partnerschaft mit gemeinsamer Haushaltsführung? ja nein
5. Haben Sie Kinder? ja nein
 - A Wenn ja: Von wie vielen Kindern sind Sie die leibliche Mutter bzw. der leibliche Vater?
 - B Haben Sie ein Kind bzw. Kinder adoptiert? Ja nein
 - C Leben/lebten Kinder des Partners/Partnerin in Ihrem Haushalt? ja nein
 - D Haben/hatten Sie Pflegekinder? ja nein
6. Welchen Bildungsabschluss haben Sie? Hauptschule Mittlere Reife Fachhochschulreife
 Allgem. Hochschulreife Hochschulabschluss keinen Sonstiges:
7. Waren Sie in Ihrem Leben von Umwelt-Ereignissen, wie Krieg, Vertreibung, Naturkatastrophe oder Wirtschaftskrise in besonderer Weise betroffen? ja nein

Wenn ja, in welchem Jahr und wodurch?.....

.....

9. Welche Lebensphasen oder -ereignisse (auch vor 1989) gingen mit einer starken persönlichen Änderung bzw. Umorientierung einher? Versuchen Sie bitte, die Begebenheiten in der Rangfolge der Stärke ihrer Veränderungswirkung auf Sie aufzulisten (unter ‚A‘ die Begebenheit, die bei Ihnen die stärkste persönliche Umorientierung zur Folge hatte usw.). Waren dies leidvolle oder glückliche Erfahrungen für Sie? Bitte geben Sie auch das Datum (bzw. Monat oder Jahr) der Krise an, und wie Sie heute das Ereignis bewerten. Die Liste unter Frage 8, an der Sie sich orientieren können, kann Ihnen für das Erinnern behilflich sein.

Begebenheit	damaliges Erleben:			Datum bzw. Jahr	heutige Bewertung:		
	Leid	Glück	gemischt		negativ	positiv	neutral
A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Wovon wurde Ihrer Meinung nach Ihr bisheriges Leben besonders beeinflusst (Mehrfachnennung möglich):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> von Umwelt-Ereignissen wie Krieg u.a. | <input type="checkbox"/> von Film, Fernsehen, Zeitung, Werbung. |
| <input type="checkbox"/> durch die persönl. Umgebung, in der ich aufwuchs. | <input type="checkbox"/> vom Zufall. |
| <input type="checkbox"/> von meiner gesundheitlichen Verfassung. | <input type="checkbox"/> von meinem vorherbestimmten Schicksal. |
| <input type="checkbox"/> von meinen Eltern (bzw. Bezugspersonen). | <input type="checkbox"/> von meinen Taten in früheren Leben (Karma). |
| <input type="checkbox"/> von anderen Menschen (z.B. Partnern, Freunden, Lehrern, Kollegen, Kindern). | <input type="checkbox"/> von meinem Geburtshoroskop. |
| <input type="checkbox"/> von meiner eigenen Entscheidung. | <input type="checkbox"/> von Gott bzw. höheren Mächten. |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges:..... | |

11. Haben Sie Erkrankungen oder Behinderungen, die Spätfolgen Ihrer Geburt sind? ja nein weiß nicht

12. Waren Sie eine Frühgeburt? ja nein weiß nicht

13. Kamen Sie per Kaiserschnitt zur Welt? ja nein weiß nicht

14. Wurden Sie während der normalen Dienststunden in einer Klinik geboren? ja nein weiß nicht

15. Wenn Sie die Uhrzeit oder Tageszeit kennen, dann bitte nennen:

16. Waren Sie schon einmal depressiv? ja nein

Wenn ja: In welchem Jahr (bzw. Monat)?

17. Haben bzw. hatten Sie eine oder mehrere intensive Freundschaften? ja nein

18. Wenn Sie eine besonders intensive und innige Beziehung mit einem oder mehreren Menschen haben bzw. hatten, dann tragen Sie bitte deren Geburtsdaten unten ein. Kreuzen Sie bitte auch an, in welchem Verhältnis Sie zu diesen Menschen stehen bzw. standen.

Geburtsdatum	Geschlecht		Freund	Kollege	Liebes- bez.	Eltern	Kind	verwandt	Sonstiges
	m	w							
A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Woran orientieren Sie sich im Leben vor allem (Mehrfachnennungen möglich)?

- Wohlstand Erfolg Lebensfreude Reisen Familie Religion Gesundheit
 Feng Shui Sport Anthroposophie Umwelt Gewissen Sexualität Kultur/Kunst
 Astrologie Mode Wissenschaft Pflichten Esoterik Sonstiges:.....

20. Haben die folgenden Aussagen früher auf Sie zugetroffen - und treffen sie heute noch auf Sie zu?

	früher	heute
1. Ich schließe nur langsam Freundschaften.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Ich verliere schnell die Beherrschung, fasse mich aber auch schnell wieder.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Ich kann mich gut durchsetzen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Ich habe häufig Kopfschmerzen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Ich glaube an ein Leben nach dem Tod.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Ich bin unternehmungslustiger als die meisten meiner Bekannten.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7. Mein Motto ist: Vertraue keinem Fremden!	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Zwischen mir und anderen gibt es oft Meinungsverschiedenheiten.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9. Ich glaube an eine tiefgreifende Beziehung zwischen Kosmos und Mensch.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10. Ich bin mit meinem Liebesleben zufrieden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11. Ich habe häufiger Appetitmangel.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
12. Ich bin eher ein ängstlicher Mensch.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13. Wenn mich jemand anschreit, schreie ich zurück.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
14. Ab und zu lache ich über einen unanständigen Witz.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
15. Ich beschäftige mich mit Astrologie bzw. Horoskopen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16. Ich gehöre zu den Menschen, die die Dinge im Allgemeinen leicht nehmen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
17. Ich habe nur wenig gute Bekannte.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
18. Es fällt mir leicht, mich zu konzentrieren.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
19. Ich bekomme vor bestimmten Ereignissen leicht Lampenfieber.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
20. Ich benutze ab und zu „Glücksbringer“ (Talismane).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
21. Ich bin manchmal mürrisch und schlecht aufgelegt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
22. Ich verliere leicht die Geduld.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
23. Ich fühle, dass ich nicht den richtigen Lebenswandel führe.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
24. Lieber gebe ich mal in einem Punkt nach, als mich darüber zu streiten.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
25. Ich glaube, dass man mit Wünschelruten Wasseradern finden kann.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
26. Ich tue manchmal nur zum Spaß etwas Gefährliches.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
27. Meine Gefühle sind leicht verletzbar.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
28. Ich glaube, dass man mit nahestehenden Menschen über weite Entfernung durch Gedanken in Kontakt treten kann (Gedankenübertragung).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Für Ihre Bereitschaft, diesen Fragebogen auszufüllen, danken wir herzlich. Bitte senden Sie ihn möglichst bald an obige Adresse (Universität des Saarlandes).
Für die Zukunft wünschen wir Ihnen alles Gute!