

Fragebogen zur Selbstbeschreibung

SOZIODEMOGRAPHISCHE FRAGEN BELASTUNGEN & RESILIENZFAKTOREN

PNUM: (wird durch das Studienteam vergeben)

Datum:

Bitte beantworten Sie jeden der folgenden Punkte durch Ankreuzen der zutreffenden Alternative bzw. durch Eintragen des zutreffenden Wertes

1. Biologisches Geschlecht weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>	2. Soziales Geschlecht weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> beides <input type="checkbox"/> weder noch anders <input type="checkbox"/>
3. Alter in Jahren <input type="text"/>	5. Gewicht in kg <input type="text"/>
4. Größe in cm <input type="text"/>	6. Zivilstand ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend oder geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/>
8. Dauer der Partnerschaft in Monaten (0 bei fehlender Partnerschaft) <input type="text"/>	7. Partnerschaft unabhängig vom Zivilstand kein Partner oder Beziehung kürzer als 3 Monate / ohne Partner lebend <input type="checkbox"/> verheiratet und zusammenlebend <input type="checkbox"/> nicht verheiratet, aber zusammenlebend <input type="checkbox"/> Partnerschaft ohne Zusammenleben (> 3 Monate) <input type="checkbox"/>
10. In welchem Bundesland sind Sie aufgewachsen? Baden-Württemberg <input type="checkbox"/> Bayern <input type="checkbox"/> Berlin <input type="checkbox"/> Brandenburg <input type="checkbox"/> Bremen <input type="checkbox"/> Hamburg <input type="checkbox"/> Hessen <input type="checkbox"/> Mecklenburg-Vorpommern <input type="checkbox"/>	9. Anzahl leiblicher Kinder <input type="text"/> Niedersachsen <input type="checkbox"/> Nordrhein-Westfalen <input type="checkbox"/> Rheinland-Pfalz <input type="checkbox"/> Saarland <input type="checkbox"/> Sachsen <input type="checkbox"/> Sachsen-Anhalt <input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein <input type="checkbox"/> Thüringen <input type="checkbox"/>
11. Welchen höchsten schulischen Abschluss hat Ihre Mutter? Ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Realschule (10. Klasse) <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/>	12. Welchen höchsten Berufsabschluss hat Ihre Mutter? ungelernt <input type="checkbox"/> Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Fach-/Hochschulstudium <input type="checkbox"/>
13. Welcher Art Tätigkeit geht Ihre Mutter aktuell nach? Ohne berufliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/>	14. Welchen höchsten schulischen Abschluss hat Ihr (sozialer) Vater? Ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Realschule (10. Klasse) <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/>

<p>15. Welchen höchsten Berufsabschluss hat Ihr (sozialer) Vater?</p> <p style="text-align: right;">ungelernt <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Berufsausbildung <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Fach-/Hochschulstudium <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p>	<p>16. Welcher Art Tätigkeit geht Ihr (sozialer) Vater aktuell nach?</p> <p style="text-align: right;">Ohne berufliche Tätigkeit <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">angestellt <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">selbständig <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p>																																																							
<p>17. Wie viele Geschwister haben Sie?</p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>18. In welcher Geschwisterposition stehen Sie? (Geben Sie eine 1 an, wenn Sie das älteste (oder einzige) Kind Ihrer Eltern sind; eine 2, wenn Sie das zweitälteste sind etc.)</p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>																																																							
<p>19. Haben Sie ein Elternteil durch Trennung oder Tod verloren?</p> <p style="text-align: right;">nein <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Trennung der Eltern <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Tod der Mutter <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Tod des Vaters <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p>	<p>20. Bei wem sind Sie aufgewachsen?</p> <p style="text-align: right;">bei beiden leiblichen Eltern <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">bei der Mutter aufgewachsen <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">beim Vater aufgewachsen <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">mit Mutter/Vater und neuer Partnerin / Partner <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">bei Pflegeeltern aufgewachsen <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p>																																																							
<p>21. Welche Bedeutung spielte Religion in Ihrer Erziehung?</p> <p style="text-align: right;">keine Bedeutung <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">marginale Bedeutung <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">mittelmäßige Bedeutung <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">extrem wichtig <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p>	<p>22. Welche Bedeutung spielt Religion in Ihrem heutigen Leben?</p> <p style="text-align: right;">keine Bedeutung <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">marginale Bedeutung <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">mittelmäßige Bedeutung <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">extrem wichtig <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p>																																																							
<p>23. War / ist eines Ihrer Familienmitglieder aufgrund einer psychischen Erkrankung in Behandlung?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Mutter</th> <th style="text-align: center;">Vater</th> <th style="text-align: center;">Geschwister</th> <th style="text-align: center;">Großeltern</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>weiß ich nicht</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>nein</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Demenz</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Abhängigkeit</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Psychose</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Bipolare Störung</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Depression</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Angststörung</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Essstörung</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Persönlichkeitsstörung</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		Mutter	Vater	Geschwister	Großeltern	weiß ich nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abhängigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bipolare Störung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angststörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persönlichkeitsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>24. Waren oder sind Sie selbst wegen einer psychischen Erkrankung in Behandlung?</p> <p style="text-align: right;">nein <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Störungen im Kindesalter <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Abhängigkeit <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Psychose <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Bipolare Störung <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Depression <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Angststörung <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Essstörung <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Persönlichkeitsstörung <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p>
	Mutter	Vater	Geschwister	Großeltern																																																				
weiß ich nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
Abhängigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
Psychose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
Bipolare Störung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
Angststörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
Essstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
Persönlichkeitsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				

Fragen zu Ihrem Studium

<p>25. Berufsausbildung oder Studium vor dem Medizin-Studium</p> <p style="text-align: right;">keine <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">begonnen, aber nicht abgeschlossen <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">abgeschlossen <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p>	<p>26. Art der Ausbildung</p> <p style="text-align: right;">keine <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">angelernt oder Teilfacharbeiter <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Lehre in Handwerk, Produktion, kaufmännischem Bereich <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Fachschulausbildung, Beamtenausbildung <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Hochschulausbildung, Fachhochschulstudium <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/></p>
--	---

<p>27. Tätigkeit vor Aufnahme des Medizin-Studiums</p> <p>schulische Ausbildung <input type="checkbox"/></p> <p>berufliche Ausbildung <input type="checkbox"/></p> <p>anderes Hochschulstudium <input type="checkbox"/></p> <p>berufliche Tätigkeit <input type="checkbox"/></p> <p>FSJ oder Auslandsjahr <input type="checkbox"/></p> <p>keine Tätigkeit <input type="checkbox"/></p>	<p>28. Dauer der letzten Tätigkeit in Jahren</p> <p><input type="text"/></p>
<p>29. Was waren für Sie die Hauptgründe, sich für das Studium der Medizin zu entscheiden? (Bitte wählen Sie die wichtigsten zwei)</p> <p>Ich fand das Fachgebiet spannend <input type="checkbox"/></p> <p>Ich wollte Menschen helfen <input type="checkbox"/></p> <p>Ich suchte nach einem Beruf, der mir hohen Respekt und Anerkennung verschafft <input type="checkbox"/></p> <p>Ich suchte nach einem Beruf mit guten Verdienstmöglichkeiten und Zukunftssicherheit <input type="checkbox"/></p> <p>Meine Eltern / Familie haben mir das Studium nahegelegt <input type="checkbox"/></p> <p>Ich wusste nicht, was ich sonst hätte studieren sollen <input type="checkbox"/></p>	<p>30. Gab es für Sie einen denkbare alternativen Berufs- oder Studienwunsch?</p> <p>ja <input type="checkbox"/></p> <p>nein <input type="checkbox"/></p> <p>31. Wie viele Jahre haben Sie auf den Beginn des Studiums warten müssen bzw. haben Sie anderweitig überbrückt?</p> <p><input type="text"/></p> <p>32. An wievielter Stelle war Halle unter Ihren Studienwunscharten?</p> <p><input type="text"/></p>
<p>33. Macht Ihnen Ihr Studium Spaß?</p> <p>ja, fast immer <input type="checkbox"/></p> <p>meist <input type="checkbox"/></p> <p>selten <input type="checkbox"/></p> <p>nein, fast nie <input type="checkbox"/></p>	<p>34. Sind Sie sicher, Ihr Studium erfolgreich abzuschließen?</p> <p>ja, fast immer <input type="checkbox"/></p> <p>meist <input type="checkbox"/></p> <p>selten <input type="checkbox"/></p> <p>nein, fast nie <input type="checkbox"/></p>
<p>35. Würden Sie sich aus heutiger Sicht wieder für das Medizin-Studium entscheiden?</p> <p>ich bin unglücklich über meine Entscheidung <input type="checkbox"/></p> <p>ich würde mich heute anders entscheiden die Perspektive des Arztberufes lässt mich die Hürden überwinden <input type="checkbox"/></p> <p>ich würde mich auf jeden Fall wieder so entscheiden <input type="checkbox"/></p>	<p>36. Gibt es Dinge, die Sie es Ihnen aktuell schwer machen, mit Ihrer Studien-Entscheidung glücklich zu sein? (Mehrfachnennung möglich)</p> <p>unsichere Zukunftsperspektive <input type="checkbox"/></p> <p>Konkurrenz unter den Studierenden <input type="checkbox"/></p> <p>wenig Flexibilität in der Studiengestaltung <input type="checkbox"/></p> <p>Zeitnot <input type="checkbox"/></p> <p>einzelne Lehrveranstaltungen sind sehr belastend <input type="checkbox"/></p> <p>finanzielle Belastung durch das Studium <input type="checkbox"/></p> <p>Überforderung <input type="checkbox"/></p> <p>Einsamkeit <input type="checkbox"/></p> <p>Leistungsdruck <input type="checkbox"/></p>
<p>37. Wie wohnen Sie aktuell?</p> <p>allein / eigene Wohnung <input type="checkbox"/></p> <p>Wohnung mit Partnerin / Partner <input type="checkbox"/></p> <p>in einer WG <input type="checkbox"/></p> <p>Zimmer im Studentenwohnheim <input type="checkbox"/></p> <p>bei den Eltern <input type="checkbox"/></p>	<p>38. Wenn Sie für Ihr Studium umgezogen sind, wie nehmen Sie den Wohnortwechsel wahr?</p> <p>Positiv <input type="checkbox"/></p> <p>Neutral <input type="checkbox"/></p> <p>Negativ <input type="checkbox"/></p> <p>Mein Wohnort hat sich nicht verändert <input type="checkbox"/></p>
<p>39. Wie finanzieren Sie Ihr Studium? (Mehrfachnennung möglich)</p> <p>eigene berufliche Tätigkeit / Nebenjob <input type="checkbox"/></p> <p>finanzielle Unterstützung durch Familie <input type="checkbox"/></p> <p>BAföG <input type="checkbox"/></p> <p>Stipendium <input type="checkbox"/></p>	<p>40. Stehen Ihnen ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung?</p> <p>mehr als genügend <input type="checkbox"/></p> <p>ausreichend <input type="checkbox"/></p> <p>manchmal zu wenig <input type="checkbox"/></p> <p>oft zu wenig <input type="checkbox"/></p>

Sozialleistungen des Staates

ich stehe meist unter großem finanziellen Druck

41. Haben Sie seit Beginn des Studiums mehr oder weniger Kontakt zu Freunden?

- mehr als zuvor
- unverändert viel
- unverändert wenig
- weniger als zuvor

42. Haben Sie seit Beginn des Studiums mehr oder weniger Kontakt zu Ihrer Familie?

- mehr als zuvor
- unverändert viel
- unverändert wenig
- weniger als zuvor

43. Erfahren Sie ausreichend emotionale Unterstützung?

- Ich bekomme **mehr als genügend** emotionale Unterstützung
- Ich bekomme **ausreichend** emotionale Unterstützung
- Ich bekomme **manchmal zu wenig** emotionale Unterstützung
- Ich bekomme **oft zu wenig** emotionale Unterstützung
- Ich bekomme **keine** emotionale Unterstützung

44. Wie viele Stunden pro Woche verbringen Sie ca. mit studienassoziierten Tätigkeiten (Lernen, Referatvorbereitung, Prüfungsvorbereitung) außerhalb des Universitätsalltags?

45. Wie viele Stunden pro Woche verbringen Sie ca. mit Tätigkeiten im Rahmen eines Nebenjobs? (0 wenn Sie keinem Nebenjob nachgehen)

46. Wie viele Stunden pro Woche verbringen Sie ca. mit Ihren Freunden, Ihrer Familie oder Ihrer Partnerin / Ihrem Partner?

47. Wie viele Stunden pro Woche verbringen Sie ca. mit Ihren Hobbies?

48. Wie viele Stunden pro Woche treiben Sie aktiv Sport?

49. Wie viele Stunden pro Woche musizieren Sie aktiv?

50. Wie bewerten Sie die Ihnen für das Studium zur Verfügung stehende Zeit?

- Ich habe stets **mehr als genügend Zeit** für die Anforderungen des Studiums
- Ich habe stets **ausreichend Zeit** für die Anforderungen des Studiums
- Ich habe **manchmal zu wenig Zeit** für die Anforderungen des Studiums
- Ich habe **oftmals zu wenig Zeit** für die Anforderungen des Studiums
- Ich stehe **meist unter Zeitdruck**, um den Anforderungen des Studiums zu genügen

51. Wie bewerten Sie die Ihnen für Freunde, Familie und Partnerschaft zur Verfügung stehende Zeit?

- Ich habe stets **mehr als genügend Zeit** für Freunde, Familie und Partnerschaft
- Ich habe stets **ausreichend Zeit** für Freunde, Familie und Partnerschaft
- Ich habe **manchmal zu wenig Zeit** für Freunde, Familie und Partnerschaft
- Ich habe **oftmals zu wenig Zeit** für Freunde, Familie und Partnerschaft
- Ich stehe **meist unter Zeitdruck**, um Freundschaften, familiäre Beziehungen und Partnerschaft zu pflegen

52. Wie bewerten Sie die Ihnen für Ihre Hobbies zur Verfügung stehende Zeit?

- Ich habe stets **mehr als genügend Zeit** für meine Hobbies
- Ich habe stets **ausreichend Zeit** für die Anforderungen des Studiums
- Ich habe **manchmal zu wenig Zeit** für meine Hobbies
- Ich habe **oftmals zu wenig Zeit** für meine Hobbies
- Ich stehe **meist unter Zeitdruck**, um meinen Hobbies nachgehen zu können

53. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit ...

- | | sehr zufrieden | | sehr unzufrieden | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... Ihrem Studium | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Ihrer Partnerschaft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Ihren familiären Beziehungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Ihren Freundschaften | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Ihrer Möglichkeit, Hobbies | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

<p>54. Sind Sie mit Ihrer Ernährung zufrieden?</p> <p style="text-align: right;">ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>	<p>55. Sind Sie mit Ihrem Gewicht zufrieden?</p> <p style="text-align: right;">ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>
<p>56. Nehmen Sie regelmäßige Mahlzeiten zu sich?</p> <p style="text-align: right;">ja <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>	<p>57. Achten Sie auf eine gesunde Ernährung? (Halten Sie z.B. eine bestimmte Diät ein?)</p> <p style="text-align: right;">ja <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>
<p>58. Nutzen Sie spezifische Techniken zur Entspannung? (z.B. Yoga, PMR, Autogenes Training, Meditation o.ä.)</p> <p style="text-align: right;">ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>	<p>59. An wie vielen Tagen pro Woche trinken Sie mindestens ein Alkoholgetränk?</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-left: 100px;"></div>
<p>60. Wie oft trinken Sie mehr als 6 (Frauen) oder 8 (Männer) Drinks pro Gelegenheit? (1 Drink = 250 ml Bier oder 1 Glas Wein oder 2 cl Schnaps)</p> <p style="text-align: right;">nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> (fast) täglich <input type="checkbox"/></p>	<p>61. Wie oft konnten Sie sich im vergangenen Jahr nach Alkoholkonsum nicht mehr (vollständig) an einen Abend erinnern („Filmriss“)?</p> <p style="text-align: right;">nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> (fast) täglich <input type="checkbox"/></p>
<p>62. Wie oft konnten Sie im vergangenen Jahr am Morgen nach Alkoholkonsum nicht das tun, was Sie normalerweise getan hätten?</p> <p style="text-align: right;">nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> (fast) täglich <input type="checkbox"/></p>	<p>63. Wie oft hat Sie im vergangenen Jahr jemand auf Ihren Alkoholkonsum angesprochen z. B. mit der Empfehlung den Konsum zu reduzieren?</p> <p style="text-align: right;">nie <input type="checkbox"/> einmal <input type="checkbox"/> mehrmals <input type="checkbox"/></p>
<p>64. Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich pro Tag?</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-left: 100px;"></div>	
<p>65. Nutzen Sie Substanzen oder Medikamente zur Verbesserung von Konzentration und Leistung? (Mehrfachnennung möglich)</p> <p style="text-align: right;">Koffeinhaltige Getränke <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> aktivierende Drogen <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/></p>	<p>66. Nutzen Sie Substanzen oder Medikamente zur Beruhigung oder um schlafen zu können? (Mehrfachnennung möglich)</p> <p style="text-align: right;">Nahrungsmittel (z.B. Schokolade) <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> sedierende Drogen <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/></p>
<p>67. Welche der folgenden Symptome haben Sie während und aufgrund Ihres Studiums erlebt? (Mehrfachnennung möglich)</p> <p style="text-align: right;">Prokrastination <input type="checkbox"/> Erschöpfung <input type="checkbox"/> Überforderung <input type="checkbox"/> Ängste <input type="checkbox"/> Psychosomatische Beschwerden (z.B. Magen-Darm-Probleme, Verspannung, Neurodermitis) <input type="checkbox"/> Lern- und Leistungsstörungen <input type="checkbox"/> Identitäts- und Selbstwertprobleme <input type="checkbox"/> Gereiztheit <input type="checkbox"/> depressive Verstimmung <input type="checkbox"/></p>	<p>68. Haben Sie mit jemandem über diese Symptome gesprochen? (Mehrfachnennung möglich)</p> <p style="text-align: right;">nein, ich habe mich niemandem anvertraut <input type="checkbox"/> ja, ich habe mich jemandem anvertraut, und zwar...</p> <p style="text-align: right;">...meiner Familie <input type="checkbox"/> ...meinen Freunden <input type="checkbox"/> ...meiner Partnerin / meinem Partner <input type="checkbox"/> ...meinen Kommilitonen <input type="checkbox"/> ...meinen Dozenten <input type="checkbox"/> ...der Studienberatung <input type="checkbox"/> ...einer/m Psychotherapeutin / -therapeuten <input type="checkbox"/> ... einer Ärztin / einem Arzt <input type="checkbox"/></p>

Beck-Depressions-Inventar II

Der folgende Fragebogen besteht aus 21 Gruppen von Aussagen. Lesen Sie jede dieser Gruppen von Aussagen sorgfältig durch und suchen Sie sich dann in jeder Gruppe **eine Aussage**, die am besten beschreibt, wie Sie sich **in den letzten zwei Wochen, einschließlich heute, gefühlt haben**. Kreuzen Sie die Zahl neben der Aussage an, die Sie herausgesucht haben. Wenn in einer Gruppe mehrere Aussagen gleichermaßen auf Sie zutreffen, kreuzen Sie die Aussage mit der höheren Zahl an. Achten Sie bitte darauf, dass Sie in jeder Gruppe nicht mehr als eine Aussage ankreuzen, das gilt auch für Gruppen 16 (Veränderung der Schlafgewohnheiten) oder Gruppe 18 (Veränderung des Appetits).

1. Traurigkeit

- 0 Ich bin nicht traurig.
 1 Ich bin oft traurig.
 2 Ich bin ständig traurig.
 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es nicht aushalten kann.

2. Pessimismus

- 0 Ich bin nicht mutlos, was meine Zukunft angeht.
 1 Ich bin mutloser als früher, was meine Zukunft angeht.
 2 Ich glaube nicht, dass sich meine Lage verbessert.
 3 Ich habe das Gefühl, dass es keine Hoffnung gibt für meine Zukunft und es nur noch schlimmer wird.

3. Frühere Misserfolge

- 0 Ich fühle mich nicht als Versager.
 1 Ich habe öfter versagt als ich sollte.
 2 Wenn ich zurückblicke, sehe ich eine Menge Misserfolge.
 3 Ich fühle mich persönlich als totaler Versager.

4. Verlust von Freude

- 0 Ich habe so viel Freude wie immer an den Dingen, die mir Spaß machen.
 1 Ich habe nicht mehr so viel Spaß an den Dingen wie früher.
 2 Ich habe sehr wenig Freude an den Dingen, die mir früher Spaß gemacht haben.
 3 Ich habe keine Freude an den Dingen, die mir früher Spaß gemacht haben.

5. Schuldgefühle

- 0 Ich habe keine besonderen Schuldgefühle.
 1 Ich habe bei vielen Dingen, die ich getan habe oder hätte tun sollen, Schuldgefühle.
 2 Ich habe die meiste Zeit Schuldgefühle.
 3 Ich habe ständig Schuldgefühle.

6. Gefühle, bestraft zu werden

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, für etwas bestraft zu werden.
 1 Ich habe das Gefühl, dass ich vielleicht für etwas bestraft werde.
 2 Ich glaube, dass ich für etwas bestraft werde.
 3 Ich habe das Gefühl, für etwas bestraft zu werden.

7. Abneigung gegen sich selbst

- 0 Meine Gefühle mir gegenüber sind die gleichen geblieben.
 1 Ich habe das Vertrauen in mich verloren.
 2 Ich bin von mir selbst enttäuscht.
 3 Ich mag mich nicht.

8. Selbstvorwürfe

- 0 Ich bin mir gegenüber nicht kritischer als sonst und mache mir nicht mehr Vorwürfe als sonst.
 1 Ich bin mir selbst kritischer als früher.
 2 Ich mache mir Vorwürfe für alle meine Fehler.
 3 Ich gebe mir die Schuld für alles Schlimme, was passiert.

9. Selbstmordgedanken oder -wünsche

- 0 Ich denke nie daran, mich umzubringen.
 1 Ich habe Selbstmordgedanken, aber ich würde sie nicht ausführen.
 2 Ich möchte mich umbringen.
 3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Möglichkeit hätte.

10. Weinen

- 0 Ich weine nicht mehr als früher.
 1 Ich weine mehr als früher.
 2 Ich weine wegen jeder Kleinigkeit.
 3 Mir ist nach Weinen zumute, aber ich kann nicht.

11. Unruhe

- 0 Ich bin nicht unruhiger und erregter als sonst.
- 1 Ich bin unruhiger und erregter als sonst.
- 2 Ich bin so unruhig oder erregt, dass es schwer ist, mich nicht zu bewegen.
- 3 Ich bin so unruhig oder erregt, dass ich ständig in Bewegung bleiben oder etwas tun muss.

12. Interessenlosigkeit

- 0 Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder an Tätigkeiten nicht verloren.
- 1 Ich bin weniger an anderen Menschen oder Dingen interessiert als vorher.
- 2 Ich habe mein Interesse an anderen Menschen oder Dingen zum größten Teil verloren.
- 3 Es ist schwer, für irgendetwas Interesse aufzubringen.

13. Entschlussunfähigkeit

- 0 Ich treffe Entscheidungen etwa so leicht wie immer.
- 1 Es fällt mir schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen.
- 2 Ich habe viel größere Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen als früher.
- 3 Ich habe Mühe, überhaupt Entscheidungen zu treffen.

14. Wertlosigkeit

- 0 Ich fühle mich nicht wertlos.
- 1 Ich halte mich nicht für so wertvoll und nützlich wie früher.
- 2 Ich habe das Gefühl, weniger wert zu sein als andere Menschen.
- 3 Ich habe das Gefühl, völlig wertlos zu sein.

15. Verlust an Energie

- 0 Ich habe so viel Energie wie immer.
- 1 Ich habe weniger Energie als früher.
- 2 Ich habe nicht genügend Energie, sehr viel zu tun.
- 3 Ich habe nicht genügend Energie, irgendetwas zu tun.

16. Veränderung der Schlafgewohnheiten

- 0 Meine Schlafgewohnheiten haben sich nicht geändert.
- 1a Ich schlafe etwas mehr als sonst.
- 1b Ich schlafe etwas weniger als sonst.
- 2a Ich schlafe viel mehr als sonst.
- 2b Ich schlafe viel weniger als sonst.
- 3a Ich schlafe die meiste Zeit des Tages.
- 3b Ich wache 1-2 Stunden zu früh auf und kann dann nicht mehr einschlafen.

17. Reizbarkeit

- 0 Ich bin nicht reizbarer als sonst.
- 1 Ich bin reizbarer als sonst.
- 2 Ich bin viel reizbarer als sonst.
- 3 Ich bin ständig reizbar.

18. Veränderung des Appetits

- 0 Mein Appetit hat sich nicht verändert.
- 1a Mein Appetit ist etwas kleiner als sonst.
- 1b Mein Appetit ist etwas größer als sonst.
- 2a Mein Appetit ist viel kleiner als sonst.
- 2b Mein Appetit ist viel größer als sonst.
- 3a Ich habe überhaupt keinen Appetit.
- 3b Ich habe ständig großen Hunger.

19. Konzentrationsschwierigkeiten

- 0 Ich kann mich so gut konzentrieren wie immer.
- 1 Ich kann mich nicht so gut konzentrieren wie sonst.
- 2 Es fällt mir schwer, mich sehr lange auf etwas zu konzentrieren.
- 3 Ich kann mich auf gar nichts konzentrieren.

20. Müdigkeit

- 0 Ich bin nicht müder als sonst.
- 1 Ich werde schneller müde als sonst.
- 2 Ich bin für viele Dinge, die ich früher getan habe zu müde.
- 3 Ich bin für die meisten Dinge, die ich früher getan habe zu müde.

21. Verlust des Interesses an Sex

- 0 Ich habe in der letzten Zeit keine Veränderungen meines Interesses am Sex bemerkt.
- 1 Ich habe weniger Interesses am Sex als früher.
- 2 Ich habe jetzt viel weniger Interesse am Sex.
- 3 Ich habe das Interesse am Sex völlig verloren.

NEO-FFI - Neurotizismus

Der nachfolgende Fragebogen umfasst 12 Aussagen, welche sich zur Beschreibung Ihrer eigenen Person eignen können. Lesen Sie bitte jede dieser Aussagen aufmerksam durch und überlegen Sie, ob diese Aussage auf Sie persönlich zutrifft oder nicht. Zur Bewertung jeder der 12 Aussagen steht Ihnen eine fünffach abgestufte Skala zur Verfügung. Kreuzen Sie bitte an:

Starke Ablehnung, wenn Sie der Aussage auf keinen Fall zustimmen oder Sie für völlig unzutreffend halten.

Ablehnung, wenn Sie der Aussage eher nicht zustimmen oder sie für unzutreffend halten.

Neutral, wenn die Aussage weder richtig noch falsch, also weder zutreffend noch unzutreffend ist.

Zustimmung, wenn Sie der Aussage eher zustimmen oder Sie für zutreffend halten.

Starke Zustimmung, wenn Sie der Aussage nachdrücklich zustimmen oder sie für völlig zutreffend halten.

Bitte lesen Sie jede Aussage genau durch und kreuzen Sie als Antwort die Kategorie an, die Ihre Sichtweise am besten ausdrückt. Es gibt bei diesem Fragebogen keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Falls Sie Ihre Meinung nach dem Ankreuzen einmal ändern sollten, streichen Sie Ihre erste Antwort bitte deutlich durch. **Lassen Sie keine Aussage aus.** Auch wenn Ihnen einmal die Entscheidung schwer fallen sollte, kreuzen Sie trotzdem immer eine Antwort an, und zwar die, welche noch am ehesten auf Sie zutrifft.

	Starke Zustimmung	Zustimmung	Neutral	Ablehnung	Starke Ablehnung
1. Ich bin nicht leicht beunruhigt.	<input type="checkbox"/>				
2. Ich fühle mich anderen oft unterlegen.	<input type="checkbox"/>				
3. Wenn ich unter starkem Stress stehe, fühle ich mich manchmal, als ob ich zusammenbräche.	<input type="checkbox"/>				
4. Ich fühle mich selten einsam oder traurig.	<input type="checkbox"/>				
5. Ich fühle mich oft angespannt und nervös.	<input type="checkbox"/>				
6. Manchmal fühle ich mich völlig wertlos.	<input type="checkbox"/>				
7. Ich empfinde selten Furcht oder Angst.	<input type="checkbox"/>				
8. Ich ärgere mich oft darüber, wie andere Leute mich behandeln.	<input type="checkbox"/>				
9. Zu häufig bin ich entmutigt und will aufgeben, wenn etwas schief geht.	<input type="checkbox"/>				
10. Ich bin selten traurig oder deprimiert.	<input type="checkbox"/>				
11. Ich fühle mich oft hilflos und wünsche mir eine Person, die meine Probleme löst.	<input type="checkbox"/>				
12. Manchmal war mir etwas so peinlich, dass ich mich am liebsten versteckt hätte.	<input type="checkbox"/>				