

**Fragebogen zur Selbstbeschreibung (T0)**

**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   
männlich

**3. Alter** in Jahren

**2. Soziales Geschlecht**

weiblich   
männlich   
beides   
weder noch   
anders

**4. Größe** in cm

**5. Gewicht** in kg

**6. Zivilstand**

ledig   
verheiratet   
getrennt lebend oder geschieden   
verwitwet

**7. Partnerschaft** unabhängig vom Zivilstand

kein Partner oder Beziehung kürzer als 3 Monate / ohne Partner lebend   
verheiratet und zusammenlebend   
nicht verheiratet, aber zusammenlebend   
Partnerschaft ohne Zusammenleben (> 3 Monate)

**8. Dauer der Partnerschaft** in Monaten

(0 bei fehlender Partnerschaft)

**9. Anzahl leiblicher Kinder**

**10. In welchem Bundesland sind Sie aufgewachsen?**

Baden-Württemberg   
Bayern   
Berlin   
Brandenburg   
Bremen   
Hamburg   
Hessen   
Mecklenburg-Vorpommern

Niedersachsen   
Nordrhein-Westfalen   
Rheinland-Pfalz   
Saarland   
Sachsen   
Sachsen-Anhalt   
Schleswig-Holstein   
Thüringen

**11. Welchen höchsten schulischen Abschluss hat Ihre Mutter?**

Ohne Schulabschluss   
Hauptschule   
Realschule (10. Klasse)   
Abitur

**12. Welchen höchsten Berufsabschluss hat Ihre Mutter?**

ungelernt   
Berufsausbildung   
Fach-/Hochschulstudium

**13. Welcher Art Tätigkeit geht Ihre Mutter aktuell nach?**

Ohne berufliche Tätigkeit   
angestellt   
selbständig

**14. Welchen höchsten schulischen Abschluss hat Ihr (sozialer) Vater?**

Ohne Schulabschluss   
Hauptschule   
Realschule (10. Klasse)   
Abitur

<p><b>15. Welchen höchsten Berufsabschluss hat Ihr (sozialer) Vater?</b></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><b>16. Welcher Art Tätigkeit geht Ihr (sozialer) Vater aktuell nach?</b></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><b>17. Wie viele Geschwister haben Sie?</b></p> <p style="text-align: center;"><input style="width: 60px; height: 40px;" type="text"/></p>	<p><b>18. In welcher Geschwisterposition stehen Sie?</b> (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: center;"><input style="width: 60px; height: 40px;" type="text"/></p>																																																							
<p><b>19. Haben Sie ein Elternteil durch Trennung oder Tod verloren?</b></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><b>20. Bei wem sind Sie aufgewachsen?</b></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><b>21. Welche Bedeutung spielte Religion in Ihrer Erziehung?</b></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><b>22. Welche Bedeutung spielt Religion in Ihrem heutigen Leben?</b></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><b>23. War / ist eines Ihrer Familienmitglieder aufgrund einer psychischen Erkrankung in Behandlung?</b></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><b>24. Waren oder sind Sie selbst wegen einer psychischen Erkrankung in Behandlung?</b></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"/>																																																				
<b>Fragen zu Ihrem Studium</b>																																																								
<p><b>25. Berufsausbildung oder Studium vor dem Medizin-Studium</b></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><b>26. Art der Ausbildung</b></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><b>27. Tätigkeit vor Aufnahme des Medizin-Studiums</b></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><b>28. Dauer der letzten Tätigkeit</b> in Jahren</p> <p><input type="text"/></p>
<p><b>29. Was waren für Sie die Hauptgründe, sich für das Studium der Medizin zu entscheiden?</b> (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><b>30. Gab es für Sie einen denkbare alternativen Berufs- oder Studienwunsch?</b></p> <p>ja <input type="checkbox"/></p> <p>nein <input type="checkbox"/></p> <p><b>31. Wie viele Jahre haben Sie auf den Beginn des Studiums warten müssen bzw. haben Sie anderweitig überbrückt?</b></p> <p><input type="text"/></p> <p><b>32. An wievielter Stelle war Halle unter Ihren Studienwunschornten?</b></p> <p><input type="text"/></p>
<p><b>33. Macht Ihnen Ihr Studium Spaß?</b></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><b>34. Sind Sie sicher, Ihr Studium erfolgreich abzuschließen?</b></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><b>35. Würden Sie sich aus heutiger Sicht wieder für das Medizin-Studium entscheiden?</b></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><b>36. Gibt es Dinge, die Sie es Ihnen aktuell schwer machen, mit Ihrer Studien-Entscheidung glücklich zu sein?</b> (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><b>37. Wie wohnen Sie aktuell?</b></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><b>38. Wenn Sie für Ihr Studium umgezogen sind, wie nehmen Sie den Wohnortwechsel wahr?</b></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><b>39. Wie finanzieren Sie Ihr Studium?</b> (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>Sozialleistungen des Staates <input type="checkbox"/></p>	<p><b>40. Stehen Ihnen ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung?</b></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> <p>ich stehe meist unter großem finanziellen Druck <input type="checkbox"/></p>
<p><b>41. Haben Sie seit Beginn des Studiums mehr oder weniger Kontakt zu Freunden?</b></p> <p>mehr als zuvor <input type="checkbox"/></p> <p>unverändert viel <input type="checkbox"/></p> <p>unverändert wenig <input type="checkbox"/></p> <p>weniger als zuvor <input type="checkbox"/></p>	<p><b>42. Haben Sie seit Beginn des Studiums mehr oder weniger Kontakt zu Ihrer Familie?</b></p> <p>mehr als zuvor <input type="checkbox"/></p> <p>unverändert viel <input type="checkbox"/></p> <p>unverändert wenig <input type="checkbox"/></p> <p>weniger als zuvor <input type="checkbox"/></p>
<p><b>43. Erfahren Sie ausreichend emotionale Unterstützung?</b></p> <p>Ich bekomme <b>mehr als genügend</b> emotionale Unterstützung <input type="checkbox"/></p> <p>Ich bekomme <b>ausreichend</b> emotionale Unterstützung <input type="checkbox"/></p> <p>Ich bekomme <b>manchmal zu wenig</b> emotionale Unterstützung <input type="checkbox"/></p> <p>Ich bekomme <b>oft zu wenig</b> emotionale Unterstützung <input type="checkbox"/></p> <p>Ich bekomme <b>keine</b> emotionale Unterstützung <input type="checkbox"/></p>	<p><b>44. Wie viele Stunden pro Woche verbringen Sie ca. mit studienassoziierten Tätigkeiten (Lernen, Referatvorbereitung, Prüfungsvorbereitung) außerhalb des Universitätsalltags?</b> <input type="text"/></p> <p><b>45. Wie viele Stunden pro Woche verbringen Sie ca. mit Tätigkeiten im Rahmen eines Nebenjobs? (0 wenn Sie keinem Nebenjob nachgehen)</b> <input type="text"/></p>
<p><b>46. Wie viele Stunden pro Woche verbringen Sie ca. mit Ihren Freunden, Ihrer Familie oder Ihrer Partnerin / Ihrem Partner?</b> <input type="text"/></p>	<p><b>47. Wie viele Stunden pro Woche verbringen Sie ca. mit Ihren Hobbies?</b> <input type="text"/></p>
<p><b>48. Wie viele Stunden pro Woche treiben Sie aktiv Sport?</b> <input type="text"/></p>	<p><b>49. Wie viele Stunden pro Woche musizieren Sie aktiv?</b> <input type="text"/></p>
<p><b>50. Wie bewerten Sie die Ihnen für das Studium zur Verfügung stehende Zeit?</b></p> <p>Ich habe stets <b>mehr als genügend Zeit</b> für die Anforderungen des Studiums <input type="checkbox"/></p> <p>Ich habe stets <b>ausreichend Zeit</b> für die Anforderungen des Studiums <input type="checkbox"/></p> <p>Ich habe <b>manchmal zu wenig Zeit</b> für die Anforderungen des Studiums <input type="checkbox"/></p> <p>Ich habe <b>oftmals zu wenig Zeit</b> für die Anforderungen des Studiums <input type="checkbox"/></p> <p>Ich stehe <b>meist unter Zeitdruck</b>, um den Anforderungen des Studiums zu genügen <input type="checkbox"/></p>	<p><b>51. Wie bewerten Sie die Ihnen für Freunde, Familie und Partnerschaft zur Verfügung stehende Zeit?</b></p> <p>Ich habe stets <b>mehr als genügend Zeit</b> für Freunde, Familie und Partnerschaft <input type="checkbox"/></p> <p>Ich habe stets <b>ausreichend Zeit</b> für Freunde, Familie und Partnerschaft <input type="checkbox"/></p> <p>Ich habe <b>manchmal zu wenig Zeit</b> für Freunde, Familie und Partnerschaft <input type="checkbox"/></p> <p>Ich habe <b>oftmals zu wenig Zeit</b> für Freunde, Familie und Partnerschaft <input type="checkbox"/></p> <p>Ich stehe <b>meist unter Zeitdruck</b>, um Freundschaften, familiäre Beziehungen und Partnerschaft zu pflegen <input type="checkbox"/></p>

<p><b>52. Wie bewerten Sie die Ihnen für Ihre Hobbies zur Verfügung stehende Zeit?</b></p> <p>Ich habe stets <b>mehr als genügend Zeit</b> für meine Hobbies <input type="checkbox"/></p> <p>Ich habe stets <b>ausreichend Zeit</b> für die Anforderungen des Studiums <input type="checkbox"/></p> <p>Ich habe <b>manchmal zu wenig Zeit</b> für meine Hobbies <input type="checkbox"/></p> <p>Ich habe <b>oftmals zu wenig Zeit</b> für meine Hobbies <input type="checkbox"/></p> <p>Ich stehe <b>meist unter Zeitdruck</b>, um meinen Hobbies nachgehen zu können <input type="checkbox"/></p>	<p><b>53. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit ...</b></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2">sehr zufrieden</th> <th colspan="2">sehr unzufrieden</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>... Ihrem Studium</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>... Ihrer Partnerschaft</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>... Ihren familiären Beziehungen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>... Ihren Freundschaften</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>... Ihrer Möglichkeit, Hobbies nachzugehen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		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 nachzugehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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 nachzugehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<p><b>54. Sind Sie mit Ihrer Ernährung zufrieden?</b></p> <p>ja <input type="checkbox"/></p> <p>nein <input type="checkbox"/></p>	<p><b>55. Sind Sie mit Ihrem Gewicht zufrieden?</b></p> <p>ja <input type="checkbox"/></p> <p>nein <input type="checkbox"/></p>																														
<p><b>56. Nehmen Sie regelmäßige Mahlzeiten zu sich?</b></p> <p>ja <input type="checkbox"/></p> <p>meistens <input type="checkbox"/></p> <p>manchmal <input type="checkbox"/></p> <p>nein <input type="checkbox"/></p>	<p><b>57. Achten Sie auf eine gesunde Ernährung?</b> (Halten Sie z.B. eine bestimmte Diät ein?)</p> <p>ja <input type="checkbox"/></p> <p>meistens <input type="checkbox"/></p> <p>manchmal <input type="checkbox"/></p> <p>nein <input type="checkbox"/></p>																														
<p><b>58. Nutzen Sie spezifische Techniken zur Entspannung?</b> (z.B. Yoga, PMR, Autogenes Training, Meditation o.ä.)</p> <p>ja <input type="checkbox"/></p> <p>nein <input type="checkbox"/></p>	<p><b>59. An wie vielen Tagen pro Woche trinken Sie mindestens ein Alkoholgetränk?</b></p> <input type="text"/>																														
<p><b>60. Wie oft trinken Sie mehr als 6 (Frauen) oder 8 (Männer) Drinks pro Gelegenheit?</b> (1 Drink = 250 ml Bier oder 1 Glas Wein oder 2 cl Schnaps)</p> <p>nie <input type="checkbox"/></p> <p>selten <input type="checkbox"/></p> <p>monatlich <input type="checkbox"/></p> <p>wöchentlich <input type="checkbox"/></p> <p>(fast) täglich <input type="checkbox"/></p>	<p><b>61. Wie oft konnten Sie sich im vergangenen Jahr nach Alkoholkonsum nicht mehr (vollständig) an einen Abend erinnern („Filmriss“)?</b></p> <p>nie <input type="checkbox"/></p> <p>selten <input type="checkbox"/></p> <p>monatlich <input type="checkbox"/></p> <p>wöchentlich <input type="checkbox"/></p> <p>(fast) täglich <input type="checkbox"/></p>																														
<p><b>62. Wie oft konnten Sie im vergangenen Jahr am Morgen nach Alkoholkonsum nicht das tun, was Sie normalerweise getan hätten?</b></p> <p>nie <input type="checkbox"/></p> <p>selten <input type="checkbox"/></p> <p>monatlich <input type="checkbox"/></p> <p>wöchentlich <input type="checkbox"/></p> <p>(fast) täglich <input type="checkbox"/></p>	<p><b>63. Wie oft hat Sie im vergangenen Jahr jemand auf Ihren Alkoholkonsum angesprochen z. B. mit der Empfehlung den Konsum zu reduzieren?</b></p> <p>nie <input type="checkbox"/></p> <p>einmal <input type="checkbox"/></p> <p>mehrmals <input type="checkbox"/></p> <p><b>64. Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich pro Tag?</b></p> <input type="text"/>																														
<p><b>65. Nutzen Sie Substanzen oder Medikamente zur Verbesserung von Konzentration und Leistung?</b> (Mehrfachnennung möglich)</p> <p>Koffeinhaltige Getränke <input type="checkbox"/></p> <p>Medikamente <input type="checkbox"/></p> <p>aktivierende Drogen <input type="checkbox"/></p> <p>keine <input type="checkbox"/></p>	<p><b>66. Nutzen Sie Substanzen oder Medikamente zur Beruhigung oder um schlafen zu können?</b> (Mehrfachnennung möglich)</p> <p>Nahrungsmittel (z.B. Schokolade) <input type="checkbox"/></p> <p>Medikamente <input type="checkbox"/></p> <p>sedierende Drogen <input type="checkbox"/></p> <p>keine <input type="checkbox"/></p>																														

---

<b>67. Welche der folgenden Symptome haben Sie während und aufgrund Ihres Studiums erlebt?</b> (Mehrfachnennung möglich)	<b>68. Haben Sie mit jemandem über diese Symptome gesprochen?</b> (Mehrfachnennung möglich)
Prokrastination <input type="checkbox"/>	nein, ich habe mich niemandem anvertraut <input type="checkbox"/>
Erschöpfung <input type="checkbox"/>	ja, ich habe mich jemandem anvertraut, und zwar...
Überforderung <input type="checkbox"/>	...meiner Familie <input type="checkbox"/>
Ängste <input type="checkbox"/>	...meinen Freunden <input type="checkbox"/>
Psychosomatische Beschwerden (z.B. Magen-Darm-Probleme, Verspannung, Neurodermitis) <input type="checkbox"/>	...meiner Partnerin / meinem Partner <input type="checkbox"/>
Lern- und Leistungsstörungen <input type="checkbox"/>	...meinen Kommilitonen <input type="checkbox"/>
Identitäts- und Selbstwertprobleme <input type="checkbox"/>	...meinen Dozenten <input type="checkbox"/>
Gereiztheit <input type="checkbox"/>	...der Studienberatung <input type="checkbox"/>
depressive Verstimmung <input type="checkbox"/>	...einer/m Psychotherapeutin / -therapeuten <input type="checkbox"/>
	... einer Ärztin / einem Arzt <input type="checkbox"/>

---