

Leben in der Schweiz
Vivre en Suisse
Vivere in Svizzera



BIOGRAFISCHER FRAGEBOGEN*

Haben Sie Fragen?

Rufen Sie uns bei M.I.S. Trend an: 0800 800 246

+

Bitte Adresse und Telefon-
nummer kontrollieren und
berichtigen!

**Bitte den ausgefüllten Frage-
bogen zurückschicken bis:**

* Diese schriftliche Umfrage wird von M.I.S. Trend im Auftrag
des Schweizer Haushalt-Panels der Universität Neuchâtel
unter der Wahrung Ihrer Anonymität durchgeführt

Sehr geehrte Dame
Sehr geehrter Herr

Wir möchten Sie bitten, den vorliegenden «biografischen» Fragebogen auszufüllen. Diese Fragen sind für unsere Forschungsarbeit sehr wichtig: Einerseits sind wir anhand Ihrer Antworten in der Lage, Ihre heutige Situation im Zusammenhang mit der Vergangenheit besser zu verstehen, und andererseits können wir auf Grund dieser Angaben die Lebensumstände der verschiedenen Generationen in unserem Land untersuchen. Selbstverständlich werden alle Ihre Antworten anonymisiert und vertraulich behandelt.
Wir danken Ihnen im Voraus für Ihre wertvolle Mitarbeit.

Schweizer Haushalt-Panel

Zum Beginn eine kleine Anleitung, wie Sie den Fragebogen ausfüllen sollten:

	ja	nein
Wenn bei den Antworten Kästchen stehen,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	nein
so kreuzen Sie bitte das zutreffende Kästchen an.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Steht bei der Antwort ein rechteckiges Feld,	<input type="text"/>
so tragen Sie bitte eine Zahl ein.	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="0"/>

Wird nach einem Zeitraum gefragt (von ... bis) und der Zustand dauert immer noch an, so tragen Sie als Abschlussjahr jeweils das Jahr 2002 ein. Bitte befolgen Sie immer eine strikt chronologische Reihenfolge ihrer Antworten, beginnend mit der Situation, die am ältesten ist und Schritt für Schritt fortschreitend bis zur heutigen Situation.

Ist für die Antwort eine Linie vorgesehen,

so schreiben Sie bitte Ihre Antwort
möglichst leserlich auf diese Linie.

Automechaniker

FRAGEN:

Frage 1: Wohn- und Lebensformen

Mit welchen Person(en) haben Sie im Laufe Ihres Lebens zusammen gewohnt?
Bitte beginnen Sie mit Ihrer Geburt und machen Sie die Angaben in chronologischer Reihenfolge.

Falls im gleichen Zeitraum mehrere Personen zusammenwohnen, kreuzen Sie auch mehrere Kästchen auf der gleichen Linie an. Bei jeder Änderung der Situation beginnen Sie bitte eine neue Linie.

Beispiel:

mit Ihrem Vater

													Zeitraum	
													von	bis
mit Ihrer Mutter													Geburt	1991
mit dem Lebenspartner/in eines Elternteiles, bzw. Stiefvater oder Stiefmutter														
mit Geschwister(n) oder Halbgeschwister(n)														
mit Ehepartner/in														
mit Lebenspartner/in														
mit eigenen/m Kind(ern)														
mit adoptierten/m Kind(ern)														
mit Kind(ern) Ihres Lebenspartners/-partnerin														
mit Freund(en) oder Wohnpartner(n)														
alleine														
andere Situation														
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1992	1996
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1996	2002

20
40
60
80
100
120
140
160
180
200
220
240
260

FRAGEN:

Frage 2: Leben ausserhalb der Schweiz:

Bitte geben Sie an, ob Sie jemals während mindestens sechs Monaten ausserhalb der Schweiz gelebt haben und wenn ja, in welchen Jahren. Falls dies nie der Fall war, kreuzen Sie das entsprechende Feld an.

Beispiel:

1. Zeitraum von bis

Frage 3: Änderung des Zivilstandes

Bitte notieren Sie alle Änderungen des Zivilstandes im Laufe Ihres Lebens. Falls Sie ledig sind, kreuzen Sie das entsprechende Feld an.

Beispiel:

	Heirat	Trennung	Scheidung	Tod des Ehepartners
erste	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="9"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
zweite	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="0"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="4"/>
dritte	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="6"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>

Frage 4: Erlernte Berufe

Geben Sie bitte möglichst präzise an, welche Berufe Sie während Ihrer beruflichen Ausbildung oder während Ihres Studiums erlernt haben. Beginnen Sie mit dem zuerst erlernten Beruf.

Beispiel:

- Automobilmechaniker
- Röntgenschwester
- Buchhalterin
- Rechtsanwalt

kein Zeitraum von mehr als 6 Monaten ausserhalb der Schweiz ☐

1

1. Zeitraum von bis

5. Zeitraum von bis

17

2. Zeitraum von bis

6. Zeitraum von bis

33

3. Zeitraum von bis

7. Zeitraum von bis

49

4. Zeitraum von bis

8. Zeitraum von bis

65

Ich bin ledig ☐

66

Heirat

Trennung

Scheidung

Tod des Ehepartners

erste

82

zweite

98

dritte

114

vierte

130

fünfte

146

Keinen Beruf erlernt ☐

147

Abschlussjahr

Erster erlernter Beruf: _____

159

Zweiter erlernter Beruf: _____

171

Dritter erlernter Beruf: _____

183

Vierter erlernter Beruf: _____

195

FRAGEN:

Frage 5: Grundausbildung

Bitte kreuzen Sie alle Schul- und Berufsbildungsgänge an, die Sie absolviert oder begonnen haben. Geben Sie für jeden Ausbildungsgang das Jahr des Beginns und des Abschlusses an. Lassen sie Weiterbildungen ausser Acht und falls Sie in Ausbildung sind, kreuzen Sie bitte das entsprechende Feld an.

Beispiel:

Ausbildung	Beginn	Abschluss (Diplom)	in Aus- bildung
Obligatorische Schulzeit	1983	1992	<input type="checkbox"/>
Anlehre (in Betrieb und Schule)			<input type="checkbox"/>
Berufslehre (BMS)			
erste Berufslehre	1992		<input type="checkbox"/>
zweite Berufslehre	1994	1997	<input type="checkbox"/>
dritte Berufslehre			<input type="checkbox"/>
Vollzeitberufsschule (Handelsschule, Lehrwerkstätte)	2001		<input checked="" type="checkbox"/>

Ausbildung	Beginn	Abschluss (Diplom)	in Aus- bildung	
Obligatorische Schulzeit	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	9
Anlehre (in Betrieb und Schule)				
erste Anlehre	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	18
zweite Anlehre	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	27
Berufslehre (BMS)				
erste Berufslehre	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	36
zweite Berufslehre	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	45
dritte Berufslehre	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	54
Vollzeitberufsschule (Handelsschule, Lehrwerkstätte)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	63
Allgemeinbildende Schule (Diplommittelschule, Verkehrsschule)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	72
Maturitätsschule, Gymnasium, Lehrerseminar, Schule für Unterrichtsberufe	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	81
Höhere Berufsausbildung (Meisterdiplom, Eidg. Fachausweis)				
erste Ausbildung	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	90
zweite Ausbildung	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	99
Höhere Fachschule (Technikum, Ingenieurschule etc.)				
erste Ausbildung	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	108
zweite Ausbildung	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	117
Universität, Hochschule, Fachhochschule				
erste Ausbildung	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	126
zweite Ausbildung	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	135
dritte Ausbildung	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	144
andere	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	153

FRAGEN / ANTWORTEN:

Frage 6: Etappen des Berufslebens und Phasen ohne berufliche Aktivitäten

Geben Sie bitte alle Etappen Ihrer beruflichen Laufbahn an, sowie auch jene Phasen, in denen Sie nicht beruflich aktiv waren (z.B. als Hausfrau/Hausmann, wegen längerer Krankheit oder Arbeitslosigkeit). Lassen Sie kurzfristige oder unregelmässige Arbeiten z.B. während der Ausbildungszeit weg.

Beginnen Sie bei Ihrer ersten Aktivität nach Abschluss der Ausbildung und folgen Sie dann einem chronologischen Ablauf. Bitte benutzen Sie für jede Veränderung eine neue Linie.

Zeitraum von ... bis	Arbeitgeber oder Situation als Selbständigerwerbende(r)	ausgeübter Beruf	
1982 1992	—	Hausfrau	
1992 1997	Nestlé	Sekretärin	
1997 2000	Swisscom	Sekretärin	
2000 2002	Swisscom	Sekretärin	
			18
			36
			54
			72
			90
			108
			126

Perioden mit beruflichen Aktivitäten								Perioden ohne berufliche Aktivitäten			
<div>Angestellte(r)</div> <div> <div>selbständig ohne Angestellte</div> <div>selbständig mit Angestellten</div> <div>andere Situation</div> </div> <div> <div>Beschäftigung</div> <div>vollzeit 90 - 100%</div> <div>teilzeit 50 - 89%</div> <div>unter 50 %</div> </div>								<div>Hausfrau / Hausmann</div> <div> <div>lange Krankheit / Invalidität</div> <div>Arbeitslosigkeit</div> <div>anderes</div> </div>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11
22
33
44
55
66
77

ANTWORTEN:

Fortsetzung der vorangegangenen Seite.

Zeitraum von ... bis		Arbeitgeber oder Situation als Selbständigerwerbende(r)	ausgeübter Beruf	
<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>			18
<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>			36
<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>			54
<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>			72
<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>			90
<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>			108
<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>			126
<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>			144
<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>			162
<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>			180
<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>			198
<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>			216

Perioden mit beruflichen Aktivitäten							Perioden ohne berufliche Aktivitäten			
<div>Angestellte(r)</div> <div>selbständig ohne Angestellte</div> <div>selbständig mit Angestellten</div> <div>andere Situation</div>							<div>Hausfrau / Hausmann</div> <div>lange Krankheit / Invalidität</div> <div>Arbeitslosigkeit</div> <div>anderes</div>			
<div>Beschäftigung</div> <div>vollzeit 90 - 100%</div> <div>teilzeit 50 - 89%</div> <div>unter 50 %</div>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	66
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	77
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	99
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	110
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	121
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	132

FRAGEN / ANTWORTEN:

Frage 7: Familienereignisse

Welche der folgenden Ereignisse haben Sie persönlich erlebt und wenn ja, in welchem Jahr?

	<i>ja</i>	<i>nein</i>	<i>Jahr</i>	
Die Heirat meiner Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	6
Die Trennung / Scheidung meiner Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	12
Die (Wieder-)Heirat meines Vaters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	18
Die (Wieder-)Heirat meiner Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	24
Den Tod meines Vaters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	30
Den Tod meiner Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	36

Frage 8: Pensionierung

Falls Sie bereits pensioniert sind, bitte notieren Sie das Datum ihrer Pensionierung.

Ich wurde am (Monat) (Jahr) pensioniert.

Frage 9: Geschlecht und Geburtsdatum

Würden Sie bitte Ihr Geschlecht und Ihr Geburtsdatum angeben.

☐ weiblich ☐ männlich

Geburtsdatum: (Tag) (Monat) (Jahr)