

### I. Lebensgefühl und Wohnen

<b>W1</b>	<b>Wie wohl fühlen Sie sich in Linkenheim-Hochstetten insgesamt?</b>	
	Sehr wohl	<input type="checkbox"/> 1
	Alles im allem wohl	<input type="checkbox"/> 2
	Weniger wohl	<input type="checkbox"/> 3
	Unwohl	<input type="checkbox"/> 4

<b>W2</b>	<b>Und wie wohl fühlen Sie sich in Ihrer näheren Wohnumgebung?</b>	
	Sehr wohl	<input type="checkbox"/> 1
	Alles im allem wohl	<input type="checkbox"/> 2
	Weniger wohl	<input type="checkbox"/> 3
	Unwohl	<input type="checkbox"/> 4

<b>W3</b>	<b>In welchem Wahlbezirk von Linkenheim-Hochstetten wohnen Sie bzw. in welchem Wahllokal gehen Sie zur Wahl, z. B. bei der Bundestagswahl?</b>	
	WBZ 01 Kindergarten Blankenlocher Str. 14	<input type="checkbox"/> 1
	WBZ 02 Kindergarten Bahnhofstr. 80	<input type="checkbox"/> 2
	WBZ 03 Altentagesstätte Heussstr. 1	<input type="checkbox"/> 3
	WBZ 04 Rathaus Karlsruher Str. 41	<input type="checkbox"/> 4
	WBZ 05 Kindergarten Hans-Thoma-Str. 7	<input type="checkbox"/> 5
	WBZ 06 Grundschule Hochstetten, Schulstr. 15a	<input type="checkbox"/> 6
	WBZ 07 Kindergarten Schillerstr. 13	<input type="checkbox"/> 7

<b>W4</b>	<b>Wohnen Sie zur Miete oder in Ihrem Eigentum?</b>	
	Zur Miete	<input type="checkbox"/> 1
	Eigentum	<input type="checkbox"/> 2

<b>W5</b>	<b>Wenn Sie an die baulichen Verhältnisse Ihres Hauses / Ihrer Wohnung denken: Gibt es ...</b>		
		<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
	Stufen / Schwellen im Haus / in der Wohnung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	Treppenstufen vor dem Haus	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	eine Rampe (z. B. für Rollstuhlfahrer) vor dem Haus	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	einen Aufzug	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

### II. Kontakte & Unterstützung

<b>S1</b>	<b>Wie viele Personen, Sie selbst eingerechnet, leben in Ihrem Haushalt? Gemeint sind Personen, mit denen Sie gemeinsam die Haushaltskosten bestreiten. Nicht gemeint sind Personen, die - wie etwa Studenten - nur am Wochenende bei Ihnen wohnen.</b>	
	Zahl der Personen	_____

<b>S2</b>	<b>Und wer lebt in Ihrem Haushalt, bzw. in welcher Wohnform wohnen Sie? Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Kategorien an.</b>				
	Ich lebe alleine	<input type="checkbox"/>	1		
	Ich lebe zusammen mit Ehe- / Lebenspartner(in)	<input type="checkbox"/>	1		
	Ich lebe zusammen mit Kind / Kinder	<input type="checkbox"/>	1		
	Ich lebe zusammen mit Enkel/n	<input type="checkbox"/>	1		
	Ich lebe zusammen mit anderen Verwandten	<input type="checkbox"/>	1		
	Ich lebe mit sonstigen Personen zusammen / in einer anderen Wohnform, und zwar:	<input type="checkbox"/>	1		
	_____				
	_____				
<b>S3</b>	<b>Erhalten Sie Unterstützung im Alltag und bei Erledigungen (z. B. im Haushalt, beim Einkaufen, bei der Pflege)? Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an.</b>				
	Nein, ich brauche keine Unterstützung	<input type="checkbox"/>	1	>> Weiter mit Frage S7	
	Nein, ich erhalte keine Hilfe, obwohl ich sie bräuchte	<input type="checkbox"/>	1	>> Weiter mit Frage S7	
	Ja, von Personen, die im selben Haushalt leben	<input type="checkbox"/>	1	>> Weiter mit Frage S4	
	Ja, von sonstigen Personen oder Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	1	>> Weiter mit Frage S4	
<b>S4</b>	<b>Von wem und wie häufig erhalten Sie diese Unterstützung? Wenn es mehrere Personen sind, geben Sie bitte alle an.</b>				
		<b>T</b>	<b>Wö-</b>	<b>Monat-</b>	<b>Selte-</b>
		<b>g</b>	<b>chent-</b>	<b>lich</b>	<b>ner</b>
		<b>l</b>	<b>lich</b>		<b>Nie /</b>
		<b>i</b>			<b>trifft</b>
		<b>e</b>			<b>nicht</b>
	Ehe- (Lebens-) Partner / in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kind / Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Weitere Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ambulante Dienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Haushaltshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Private Pflegekraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nachbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sonstige, und zwar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____				
	_____				
<b>S5</b>	<b>Welche Art von Unterstützung erhalten Sie? Wenn es mehrere Hilfen sind, geben Sie bitte alle an.</b>				
	Persönliche Pflege (z. B. Anziehen, Duschen oder Baden, Essen)	<input type="checkbox"/>			1
	Praktische Hilfe im Haushalt (z. B. Einkaufen, Putzen, Gartenarbeiten)	<input type="checkbox"/>			1
	Hilfe mit Behörden und Ämtern (z. B. Ausfüllen von Formularen und Anträgen)	<input type="checkbox"/>			1
	Behandlungspflege (z. B. Medikamente richten, Verbände wechseln)	<input type="checkbox"/>			1

<b>S6</b>	<b>Welche Form von Unterstützung würden Sie sich aktuell noch wünschen?</b>

<b>S7</b>	<b>Zu welchen Personen haben Sie im Laufe einer normalen Woche mindestens einmal Kontakt, d. h. führen Sie ein persönliches oder telefonisches Gespräch oder schreiben eine E-Mail?</b>																		
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Eigene Kinder</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>Enkelkinder oder andere Verwandte</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>Freunde / Bekannte / Vereinskollegen</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>Nachbarn</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>Arzt</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>Pflegekräfte / Mitarbeiter/-innen eines ambulanten Dienstes</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>Pfarrer / Mitglieder einer Kirchengemeinde</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>Sonstige, und zwar:</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> </table>	Eigene Kinder	<input type="checkbox"/> 1	Enkelkinder oder andere Verwandte	<input type="checkbox"/> 1	Freunde / Bekannte / Vereinskollegen	<input type="checkbox"/> 1	Nachbarn	<input type="checkbox"/> 1	Arzt	<input type="checkbox"/> 1	Pflegekräfte / Mitarbeiter/-innen eines ambulanten Dienstes	<input type="checkbox"/> 1	Pfarrer / Mitglieder einer Kirchengemeinde	<input type="checkbox"/> 1	Sonstige, und zwar:	<input type="checkbox"/> 1	_____	<input type="checkbox"/> 1
Eigene Kinder	<input type="checkbox"/> 1																		
Enkelkinder oder andere Verwandte	<input type="checkbox"/> 1																		
Freunde / Bekannte / Vereinskollegen	<input type="checkbox"/> 1																		
Nachbarn	<input type="checkbox"/> 1																		
Arzt	<input type="checkbox"/> 1																		
Pflegekräfte / Mitarbeiter/-innen eines ambulanten Dienstes	<input type="checkbox"/> 1																		
Pfarrer / Mitglieder einer Kirchengemeinde	<input type="checkbox"/> 1																		
Sonstige, und zwar:	<input type="checkbox"/> 1																		
_____	<input type="checkbox"/> 1																		

<b>S8</b>	<b>Ich vermisse es, regelmäßig außerhalb meiner Wohnung unter Leute zu kommen.</b>								
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Stimme voll zu</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>Stimme eher zu</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>Stimme eher nicht zu</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>Stimme gar nicht zu</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> </table>	Stimme voll zu	<input type="checkbox"/> 1	Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 2	Stimme eher nicht zu	<input type="checkbox"/> 3	Stimme gar nicht zu	<input type="checkbox"/> 4
Stimme voll zu	<input type="checkbox"/> 1								
Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 2								
Stimme eher nicht zu	<input type="checkbox"/> 3								
Stimme gar nicht zu	<input type="checkbox"/> 4								

<b>S9</b>	<b>Welche Möglichkeiten zur Begegnung oder zu gemeinsamen Aktivitäten für ältere Menschen wünschen Sie sich in Linkenheim-Hochstetten?</b>

<b>III. Mobilität</b>
-----------------------

<b>I1</b>	<b>Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?</b>										
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Ausgezeichnet</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>Sehr gut</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>Gut</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>Weniger gut</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> <tr> <td>Schlecht</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 5</td> </tr> </table>	Ausgezeichnet	<input type="checkbox"/> 1	Sehr gut	<input type="checkbox"/> 2	Gut	<input type="checkbox"/> 3	Weniger gut	<input type="checkbox"/> 4	Schlecht	<input type="checkbox"/> 5
Ausgezeichnet	<input type="checkbox"/> 1										
Sehr gut	<input type="checkbox"/> 2										
Gut	<input type="checkbox"/> 3										
Weniger gut	<input type="checkbox"/> 4										
Schlecht	<input type="checkbox"/> 5										

<b>I2</b>	<b>Wie oft verlassen Sie Ihr Zuhause alleine, d. h. ohne Hilfe?</b>								
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Täglich</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>Mehrmals pro Woche</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>Einmal pro Woche</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>Seltener</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> </table>	Täglich	<input type="checkbox"/> 1	Mehrmals pro Woche	<input type="checkbox"/> 2	Einmal pro Woche	<input type="checkbox"/> 3	Seltener	<input type="checkbox"/> 4
Täglich	<input type="checkbox"/> 1								
Mehrmals pro Woche	<input type="checkbox"/> 2								
Einmal pro Woche	<input type="checkbox"/> 3								
Seltener	<input type="checkbox"/> 4								

<b>I3</b>	<b>Nutzen Sie regelmäßig eine der folgenden Mobilitätshilfen? Wenn es mehrere sind, kreuzen Sie bitte alle an.</b>			
	Gehstock	<input type="checkbox"/>	1	
	Rollator	<input type="checkbox"/>	1	
	Rollstuhl / Scooter	<input type="checkbox"/>	1	
	Begleitung	<input type="checkbox"/>	1	

<b>I4</b>	<b>Welche der folgenden Fortbewegungsmöglichkeiten nutzen Sie für Wege außerhalb Ihrer Wohnung und wie häufig?</b>								
		<b>Täglich</b>	<b>Wö- chent- lich</b>	<b>Selten</b>	<b>Nie</b>				
	Fahre mit dem Bus	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4
	Fahre mit der Stadtbahn	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4
	Fahre selbst mit dem Auto	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4
	Werde im Auto mitgenommen	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4
	Fahre mit dem Fahrrad	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4
	Gehe zu Fuß	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4
	Nutze Taxi	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4
	Sonstige, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4

**I5** In der folgenden Frage geht es um die Wege, die Sie in Linkenheim-Hochstetten gehen, und um Dinge, die Sie möglicherweise stören oder in Ihrer Bewegung einschränken.

<b>Fußgängerfreundlichkeit</b>	
Es gibt keine / zu wenig Bäume entlang des Gehweges, die Schatten spenden und für eine angenehme Atmosphäre und ein angenehmes Klima sorgen.	<input type="checkbox"/> 1
Es gibt keine / zu wenig schöne Orte und Gebäude, wie z. B. historische Merkzeichen, öffentliche Kunst, Parks.	<input type="checkbox"/> 1
Die Straßenfronten sind nicht attraktiv gestaltet.	<input type="checkbox"/> 1
Es gibt keine / zu wenig schöne öffentliche Plätze / Grünanlagen, die zum Hinsetzen und sich dort Aufhalten einladen.	<input type="checkbox"/> 1
Die Gegend ist schmutzig.	<input type="checkbox"/> 1
Die Grünanlagen, Straßen oder Plätze sind in einem schlechten Zustand.	<input type="checkbox"/> 1
Die Gehwege verlaufen entlang verkehrsbelasteter Straßen.	<input type="checkbox"/> 1
Nicht alle Wege und Plätze sind gut zugänglich.	<input type="checkbox"/> 1

<b>Komfort</b>	
Die Gehwege sind zu uneben und schlecht begeh- bzw. mit dem Rollator / Rollstuhl schlecht befahrbar.	<input type="checkbox"/> 1
Die Gehwege sind zu schmal, Leute können nicht nebeneinander gehen / es gibt keinen Platz für Rollstühle.	<input type="checkbox"/> 1
Es parken häufig PKWs auf den Geh- / Fahrradwegen.	<input type="checkbox"/> 1
Die Geh- / Fahrradwege sind nicht frei von Behinderungen, wie z. B. Vegetation, Straßenschildern, Außengastronomie.	<input type="checkbox"/> 1
Die Geh- / Fahrradwege sind im Winter nicht immer frei von Schnee und Eis.	<input type="checkbox"/> 1
Es gibt keine / nicht ausreichend Gehwegabsenkungen / Rampen für Rollstühle / Rollatoren.	<input type="checkbox"/> 1
Es sind nicht ausreichend Querungsmöglichkeiten über die Straßen vorhanden.	<input type="checkbox"/> 1
Es gibt zu wenig Sitz- / Ausruhmöglichkeiten.	<input type="checkbox"/> 1

<b>Sicherheit</b>	
Ich fühle mich nicht sicher.	<input type="checkbox"/> 1
Ich sehe manchmal keine anderen Menschen auf dem Weg.	<input type="checkbox"/> 1
Unterwegs halten sich oft unangenehme Leute auf.	<input type="checkbox"/> 1
Die Anzahl der Laternen ist nicht ausreichend / die Wege sind nicht ausreichend ausgeleuchtet.	<input type="checkbox"/> 1
Es gibt nicht ausreichend Fußgängerampeln und Zebrastreifen.	<input type="checkbox"/> 1
Die Ampelphasen sind für Fußgänger zu kurz.	<input type="checkbox"/> 1
Es besteht kein ausreichender Abstand zum Straßenverkehr.	<input type="checkbox"/> 1
Es sind keine / zu wenig Kreisverkehre und Bremsschwellen vorhanden, um den Verkehr zu entschleunigen.	<input type="checkbox"/> 1
Die Autofahrer halten sich oft nicht an Geschwindigkeitsbegrenzungen.	<input type="checkbox"/> 1
Die Straßenübergänge sind nicht immer frei von Hindernissen, die die Sicht auf den Verkehr behindern.	<input type="checkbox"/> 1

<b>Sonstiges</b>	
Es gibt zu wenig nahe gelegene Parkplätze.	<input type="checkbox"/> 1
Schilder, Beschriftungen, Fahrpläne fehlen oder sind schwer zu lesen.	<input type="checkbox"/> 1

<b>16</b>	<b>Gibt es noch etwas anderes, das Sie stört / beeinträchtigt?</b>

<b>I7</b>	<b>In welchen Bereichen sollte die Gemeinde etwas verbessern? Haben Sie Vorschläge, was verbessert werden könnte?</b>	
	<b>Bereiche</b>	<b>Vorschläge</b>
	1.	
	2.	
	3.	

<b>I8</b>	<b>Welche Möglichkeiten zur Bewegung / Sport nutzen Sie in Linkenheim-Hochstetten (hier können Sie z. B. auch nennen, an welchen Orten Sie spaziergehen)?</b>

<b>I9</b>	<b>Kommen Sie mit Ihrer täglichen Ernährung klar?</b>	<b>Ein- kaufen</b>	<b>Ko- chen</b>	<b>Essen</b>
	Ja, ich komme gut klar, es gibt keine Probleme.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
	Es wird zunehmend schwieriger.	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	Nein, ich komme damit nicht mehr zurecht.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
	Wenn es Probleme gibt, sagen Sie bitte welche: _____ _____			

<b>IV. Perspektive Alter</b>				
------------------------------	--	--	--	--

<b>P1</b>	<b>Bei den folgenden Fragen geht es um Ihr zukünftiges Leben in Linkenheim-Hochstetten und in Ihrem Wohnviertel. Wenn aus gesundheitlichen Gründen einmal Veränderungen notwendig werden würden, welche Lösung(en) könnten Sie sich am ehesten vorstellen? Bitte kreuzen Sie alle für Sie zutreffenden Antworten an.</b>			
		<b>Ist bereits erfolgt</b>	<b>Kann ich mir vor- stellen</b>	<b>Nein, auf keinen Fall</b>
	Ich würde meine jetzige Wohnung / mein jetziges Haus "altengerecht" umbauen lassen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Ich würde in meiner jetzigen Wohnung / in meinem jetzigen Haus wohnen bleiben und Dienstleistungen zur Unterstützung in Anspruch nehmen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Ich würde umziehen ...			
	in eine adäquat ausgestattete Wohnung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	in eine Pflegeeinrichtung / in ein Seniorenheim / in eine Seniorenresidenz	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	in Betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	in Mehrgenerationenwohnen von Jung & Alt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	in eine Wohngemeinschaft für Senioren	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

<b>P1</b>	<b>Fortsetzung:</b> Bei den folgenden Fragen geht es um Ihr zukünftiges Leben in Linkenheim-Hochstetten und in Ihrem Wohnviertel. Wenn aus gesundheitlichen Gründen einmal Veränderungen notwendig werden würden, welche Lösung(en) könnten Sie sich am ehesten vorstellen? Bitte kreuzen Sie alle für Sie zutreffenden Antworten an.		
	Ich würde umziehen ...		
	zu meinen Kindern / zur Familie / zu Freunden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	in ein anderes Wohnviertel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	in einen anderen Ort / Stadt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	Ich würde eine andere Lösung bevorzugen, und zwar:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	_____		

<b>P2</b>	<b>Haben Sie weitere Anregungen oder Wünsche, was die Gemeinde Linkenheim-Hochstetten verändern könnte, damit Sie hier gesund und aktiv älter werden können?</b>		

<b>P3</b>	<b>Hätten Sie Interesse, an einer Bürgerwerkstatt teilzunehmen, um anhand der Ergebnisse der Befragung an der Gestaltung von Maßnahmen der Gemeinde mitzuwirken?</b>		
	Ja	<input type="checkbox"/> 1	
	Vielleicht	<input type="checkbox"/> 2	
	Nein	<input type="checkbox"/> 3	

**V. Abschließend noch ein paar Fragen zu Ihrer Person**

<b>B1</b>	<b>In welchem Jahr sind Sie geboren?</b>		
	Geburtsjahr 19_____		

<b>B2</b>	<b>Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.</b>		
	Männlich	<input type="checkbox"/> 1	
	Weiblich	<input type="checkbox"/> 2	

<b>B3</b>	<b>Welchen Familienstand haben Sie?</b>		
	Ich bin verheiratet / verpartnert und lebe mit meinem (Ehe-) Partner zusammen	<input type="checkbox"/> 1	
	Ich lebe von meinem (Ehe-) Partner getrennt	<input type="checkbox"/> 2	
	Ich bin ledig	<input type="checkbox"/> 3	
	Ich bin geschieden	<input type="checkbox"/> 4	
	Ich bin verwitwet	<input type="checkbox"/> 5	

<b>B4</b>	<b>Welchen Berufsstatus haben Sie? Sind Sie...</b>	
	Berufstätig	<input type="checkbox"/> 1
	Rentner (in) / Pensionär (in) / im Vorruhestand / Rentner mit Nebenerwerb	<input type="checkbox"/> 2
	Hausfrau / Hausmann	<input type="checkbox"/> 3
	Sonstige, und zwar: _____	<input type="checkbox"/> 4
<b>B5</b>	<b>Sind Sie oder Ihre Eltern aus einem anderen Land nach Deutschland gekommen?</b>	
	Eltern sind / Elternteil ist eingewandert, ggf. als Spätaussiedler	<input type="checkbox"/> 1
	Selbst eingewandert, ggf. als Spätaussiedler	<input type="checkbox"/> 1
	Keiner ist eingewandert	<input type="checkbox"/> 1
<b>B6</b>	<b>Wie hoch ist Ihr monatliches Haushaltsnettoeinkommen nach Abzug von Steuern und der Beiträge zur Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung?</b>	
	Bis unter 800 €	<input type="checkbox"/> 1
	800 bis unter 1.300 €	<input type="checkbox"/> 2
	1.300 bis unter 2.000 €	<input type="checkbox"/> 3
	2.000 bis unter 3.000 €	<input type="checkbox"/> 4
	3.000 bis unter 4.000 €	<input type="checkbox"/> 5
	4.000 € und mehr	<input type="checkbox"/> 6
<b>B7</b>	<b>Beziehen Sie derzeit eine der folgenden staatlichen Leistungen? Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden an.</b>	
	Rente der gesetzlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> 1
	Beamtenversorgung	<input type="checkbox"/> 1
	Betriebliche oder öffentliche Zusatzversorgung	<input type="checkbox"/> 1
	Grundsicherung im Alter / Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> 1
	Wohngeld	<input type="checkbox"/> 1
	Leistungen der Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> 1
	Sonstige, und zwar: _____	<input type="checkbox"/> 1

**Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an unserer Befragung!**  
**Sie tragen dazu bei, dass die Gemeinde Linkenheim-Hochstetten ihre Maßnahmen zugunsten älterer Menschen gezielt an deren Bedürfnissen ausrichten kann.**