

DIW Berlin / SOEP (Ed.)

**Research Report**

## SOEP-Core - 2019: Mutter und Kind (2-3 Jahre, CAPI, mit Verweis auf Variablen)

SOEP Survey Papers, No. 994

**Provided in Cooperation with:**

German Institute for Economic Research (DIW Berlin)

*Suggested Citation:* DIW Berlin / SOEP (Ed.) (2021) : SOEP-Core - 2019: Mutter und Kind (2-3 Jahre, CAPI, mit Verweis auf Variablen), SOEP Survey Papers, No. 994, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/236849>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*



<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

994<sup>2021</sup>

**SOEP** Survey Papers  
Series A – Survey Instruments (Erhebungsinstrumente)

**SOEP-Core – 2019: Mutter und  
Kind (2-3 Jahre, CAPI, mit Verweis  
auf Variablen)**

SOEP Group

Running since 1984, the German Socio-Economic Panel (SOEP) is a wide-ranging representative longitudinal study of private households, located at the German Institute for Economic Research, DIW Berlin.

The aim of the SOEP Survey Papers Series is to thoroughly document the survey's data collection and data processing. The SOEP Survey Papers is comprised of the following series:

- Series A – Survey Instruments (Erhebungsinstrumente)
- Series B – Survey Reports (Methodenberichte)
- Series C – Data Documentation (Datendokumentationen)
- Series D – Variable Descriptions and Coding
- Series E – SOEPmonitors
- Series F – SOEP Newsletters
- Series G – General Issues and Teaching Materials

The SOEP Survey Papers are available at <http://www.diw.de/soepsurveypapers>

Editors:

Dr. Jan Goebel, DIW Berlin

Prof. Dr. Stefan Liebig, DIW Berlin and Freie Universität Berlin

Prof. Dr. David Richter, DIW Berlin and Freie Universität Berlin

Prof. Dr. Carsten Schröder, DIW Berlin and Freie Universität Berlin

Prof. Dr. Jürgen Schupp, DIW Berlin and Freie Universität Berlin

Prof. Dr. Sabine Zinn, DIW Berlin and Humboldt-Universität zu Berlin

Please cite this paper as follows:

SOEP Group, 2021. SOEP-Core – 2019: Mutter und Kind (2-3 Jahre, CAPI, mit Verweis auf Variablen).

SOEP Survey Papers 994: Series A – Survey Instruments (Erhebungsinstrumente). Berlin: DIW Berlin/SOEP



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License.

© 2021 by SOEP

ISSN: 2193-5580 (online)

DIW Berlin  
German Socio-Economic Panel (SOEP)  
Mohrenstr. 58  
10117 Berlin  
Germany

[soepapers@diw.de](mailto:soepapers@diw.de)

# SOEP-Core – 2019: Mutter und Kind (2-3 Jahre, CAPI, mit Verweis auf Variablen)

SOEP Group

2021

Die Variablennamen in diesem Dokument gehören zur Datensätzen, die unter [doi:10.5684/soep.core.v36eu](https://doi.org/10.5684/soep.core.v36eu) veröffentlicht wurden.

## Lesehilfe

Diese Darstellung des Erhebungsinstruments enthält die gleichen Informationen, wie das Portal [paneldata.org](https://paneldata.org).

Fragenummer	Q72	Nun möchten wir noch etwas über Sie persönlich erfahren. Sind Sie in Deutschland geboren?		
Intervieweranweisung		Gemeint ist Deutschland beziehungsweise die Bundesrepublik Deutschland oder die Deutsche Demokratische Republik in den Staatsgrenzen zur Zeit Ihrer Geburt.		
Antwortoptionen		Ja	1	
		Nein	2	
		Keine Angabe	-1	
in blau: Identifikator für Filter	Q72:Ista1	bio	I0013	in Deutschland geboren?
in blau: Filter mit Bedingung	Q72:Ista1=2			
grauer Balken: offene oder numerische Antwort	Q73:Ista2	bio	I0016	Geburtsland (Code)
				Bitte heutige Bezeichnung eintragen!

in grün:  
Datensatzname  
Variablenname  
Variablenlabel

Neben *Fragenummer*, *Fragetext*, *Intervieweranweisung* und *Antwortoptionen* finden sich hier in grün auch der Name des *Datensatzes* und der *Variablen* mit *Label*, in dem Informationen aus dieser Frage vorhanden sind. Sind mehrere Zeilen untereinander vorhanden, werden durch die Befragung mehrere Variablen angelegt und/oder existieren Informationen zu dieser Frage in mehreren Datensätzen.

Die *Filterführung* wird in blau dargestellt. Hierzu steht vor jeder Variable ein Identifikator, der i.d.R. die Fragenummer enthält und auf den zurückgegriffen wird, wenn die Variable bei Filtern in darauf folgenden Fragen verwendet wird. Solche Filter stehen als Eingangsfiler meistens am Beginn einer Frage. Gelb markiert ist ein Identifikator, auf den im Eingangsfiler einer folgenden Frage Bezug genommen wird.

Nicht in dieser Lesehilfe sind folgende Ausnahmefälle abgebildet: Wenn der Eingangsfiler nur eine von mehreren Variablen in der Frage betrifft, stehen der Filter auch in blau hinter einer Variable. Hinter einer Variable steht auch eine goto-Anweisung (Ausgangsfiler) in der Form 2 @ Q73. Hier soll dann zur Frage 73 gesprungen werden, wenn die Antwort 2 gegeben wurde.

**Intro** Die ersten Lebensjahre eines Kindes sind geprägt von einer Vielfalt von Entwicklungsschritten. Für die Wissenschaft ist diese wichtige Lebensspanne von großem Interesse. In diesem kurzen Fragebogen geht es um Ihre Kinder, die im Jahr 2016 geboren wurden. Unsere Fragen beziehen sich auf Ihre persönlichen Erfahrungen und die Entwicklung des Kindes.

Ihre Mitarbeit ist freiwillig.  
Wir bitten Sie aber herzlich,

- unserem Mitarbeiter die Fragen zu beantworten
- oder den Fragebogen sorgfältig selbst auszufüllen.

**0** Bitte vor Übergabe unbedingt eintragen lt. Adressenprotokoll:

Nr. des Haushalts   
0:hnr bioagel hhnrakt Aktuelle Haushaltsnummer

Vorname der Mutter  
*Bitte in Druckbuchstaben*

Personen Nr.   
0:mpnr bioagel pide Unveraenderliche Personennummer Elternteil (=persnm)

**1** Wie heißt Ihr Kind?

Vorname des Kindes:  
*Bitte in Druckbuchstaben*

Personen Nr   
1:bpnr bioagel pid Unveraenderliche Personennr. des Kindes

**2** Geburtsdatum und Geschlecht Ihres Kindes

Tag   
Monat   
Jahr   
2:bgebm bioagel birthm Geburtsmonat des Kindes  
2:bgebj bioagel birthy Geburtsjahr des Kindes

...

Männlich  1  
Weiblich  2  
2:bscx bioagel sex Geschlecht des Kindes

**3 Haben Sie Ihr Kind gestillt und wenn ja, wie lange?**

Habe nur in den ersten vier Wochen gestillt  1  
 Nein, habe nicht gestillt  2

3:bstil1 bioagel breastf Kind gestillt

Habe länger gestillt und zwar ... Monate

3:bstil2 bioagel breastfm Stillzeit in Monaten

**4 Wie sehen Sie Ihr Kind heute? Inwieweit treffen die folgenden Aussagen zu?**

	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
Mein Kind ist meist fröhlich und zufrieden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Mein Kind ist leicht erregbar und weint häufig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Mein Kind ist schwer zu trösten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Mein Kind ist neugierig und aktiv	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Mein Kind ist gesprächig, redet gern	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Mein Kind zeigt Mitgefühl, wenn andere traurig sind	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Die Gesundheit meines Kindes macht mir Sorgen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

4:bakt1 bioagel temp1 Kind meist froehlich, zufrieden  
 4:bakt2 bioagel temp2 Kind leicht erregbar,weint haeufig  
 4:bakt3 bioagel temp3 Kind schwer zu troesten  
 4:bakt4 bioagel temp4 Kind neugierig, aktiv  
 4:bakt5 bioagel temp6 Kind gespraechig, redet gern  
 4:bakt6 bioagel temp7 Kind zeigt Mitgefuehl, wenn andere traurig sind  
 4:bakt7 bioagel health Gesundheit des Kindes macht Sorgen

**5 Gab es bei Ihrem Kind in den letzten 12 Monaten gesundheitliche Probleme, die einen Krankenhausaufenthalt notwendig machten?**

Ja  1  
 Nein  2

5:bges1 bioagel hospital12m Dauer Krankenhausaufent. i. d. letzten 12 Mon. in Tg

[Ja] und zwar ... Tage

5:bges2 bioagel hospital12m Dauer Krankenhausaufent. i. d. letzten 12 Mon. in Tg

**6 Ist von einem Arzt bei Ihrem Kind einmal eine der folgenden Erkrankungen oder Störungen festgestellt worden?**

*Bitte alles Zutreffende ankreuzen!*

Asthma	<input type="checkbox"/>
Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>
Spastische / akute Bronchitis	<input type="checkbox"/>
Pseudokrupp / Kruppsyndrom	<input type="checkbox"/>
Mittelohrentzündung	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>
Neurodermitis	<input type="checkbox"/>
Fehlsichtigkeit (z.B. Kurz- bzw. Weitsichtigkeit, Schielen)	<input type="checkbox"/>
Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/>
Ernährungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Störungen der Motorik, des Bewegungsapparates	<input type="checkbox"/>
Sonstige Störungen / Behinderungen	<input type="checkbox"/>
Nein, nichts davon	<input type="checkbox"/>

6:bstor01	bioagel	ill11	Asthma
6:bstor02	bioagel	ill12	Chronische Bronchitis
6:bstor03	bioagel	ill13	Spast., akute Bronchitis
6:bstor04	bioagel	ill14	Pseudokrupp / Kruppsyndrom
6:bstor05	bioagel	ill2	Mittelohrentzündung
6:bstor06	bioagel	ill31	Heuschnupfen
6:bstor07	bioagel	ill4	Neurodermitis
6:bstor08	bioagel	ill5	Fehlsichtigkeit
6:bstor09	bioagel	ill6	Schwerhörigkeit
6:bstor10	bioagel	ill7	Ernährungsstörungen
6:bstor11	bioagel	ill8	Störungen der Motorik, Bewegungsapparat
6:bstor12	bioagel	ill9	Sonstige Störungen, Behinderungen
6:bstor14	bioagel	illno	Keine Einschränkungen, Störungen, Behinderungen

[Sonstige Störungen / Behinderungen] und zwar:

**7 Wie sind gegenwärtig Größe und Gewicht Ihres Kindes?**

Gewicht in Kilogramm

Körpergröße in cm

7:bgew	bioagel	weight	Gewicht des Kindes in Kilo
7:bgro	bioagel	height	Körpergröße des Kindes in cm

**8 Wenn Sie einmal an eine normale Woche denken: Gibt es außer Ihnen andere Personen oder Einrichtungen, die die Betreuung des Kindes zeitweise übernehmen? Wenn ja, welche Personen oder Einrichtungen sind das und wie viele Stunden pro Woche übernehmen sie die Betreuung?**

(Ehe) Partner	1
Vater des Kindes (falls nicht im Haushalt)	1
Großeltern des Kindes	1
Ältere Geschwister des Kindes	1
Andere Verwandte	1
Tagesmutter (außer Haus)	1
Kinderfrau (in Ihrem Haushalt)	1
Krippe, Kindergarten, Kindertageseinrichtung	1
Andere (z.B. Babysitter, Nachbarn)	1
Nein, niemand	1

8:bsit1	bioagel	care1h	Betreuung durch Partner (in h / Woche)
8:bsit2	bioagel	care2h	Betreuung durch Vater des Kindes (in h / Woche)
8:bsit3	bioagel	care3h	Betreuung durch Grosseltern (in h / Woche)
8:bsit4	bioagel	care4h	Betreuung durch aelt. Geschw. (in h / Woche)
8:bsit5	bioagel	care5h	Betreuung durch andere Verwandte (in h / Woche)
8:bsit6	bioagel	care6h	Betreuung durch Tagesmutter (in h / Woche)
8:bsit7	bioagel	care7h	Betreuung durch Kinderfrau (im hh) (in h / Woche)
8:bsit8	bioagel	care8h	Betreuung durch Krippe (in h / Woche)
8:bsit9	bioagel	care12h	Betreuung durch Andere (in h / Woche)
8:bsitno	bioagel	care19	Keine Betreuung ausser durch die Mutter

[(Ehe) Partner] Stunden	
[Vater des Kindes] Stunden	
[Großeltern des Kindes] Stunden	
[Ältere Geschwister des Kindes] Stunden	
[Andere Verwandte] Stunden	
[Tagesmutter (außer Haus)] Stunden	
[Kinderfrau (in Ihrem Haushalt)] Stunden	
[Krippe, Kindergarten, Kindertageseinrichtung] Stunden	
[Andere (z.B. Babysitter, Nachbarn)] Stunden	

8:bstd1	bioagel	care1h	Betreuung durch Partner (in h / Woche)
8:bstd2	bioagel	care2h	Betreuung durch Vater des Kindes (in h / Woche)
8:bstd3	bioagel	care3h	Betreuung durch Grosseltern (in h / Woche)
8:bstd4	bioagel	care4h	Betreuung durch aelt. Geschw. (in h / Woche)
8:bstd5	bioagel	care5h	Betreuung durch andere Verwandte (in h / Woche)
8:bstd6	bioagel	care6h	Betreuung durch Tagesmutter (in h / Woche)
8:bstd7	bioagel	care7h	Betreuung durch Kinderfrau (im hh) (in h / Woche)
8:bstd8	bioagel	care8h	Betreuung durch Krippe (in h / Woche)
8:bstd9	bioagel	care12h	Betreuung durch Andere (in h / Woche)

**9 Wie oft haben Sie oder die Hauptbetreuungsperson in den letzten 14 Tagen gemeinsam mit Ihrem Kind folgende Aktivitäten ausgeführt?**

	Täglich	Mehrmals die Woche	Mindestens einmal die Woche	Gar nicht
(Vor-)Singen von Kinderliedern	1	2	3	4
Spaziergänge an der frischen Luft	1	2	3	4
Malen oder Basteln	1	2	3	4
Geschichten vorlesen oder erzählen	1	2	3	4
Bilderbücher anschauen	1	2	3	4
Zum Spielplatz gehen	1	2	3	4
Besuch bei anderen Familien mit Kindern	1	2	3	4
Mit dem Kind einkaufen gehen	1	2	3	4
Zusammen Fernsehen / Videos ansehen	1	2	3	4

- 9:baktiv1 bioagel activ1 Haeufigkeit (vor-)singen Kinderlieder letzte 14 Tage
- 9:baktiv2 bioagel activ2 Haeufigkeit Spaziergaenge an frischer Luft letzte 14 Tage
- 9:baktiv3 bioagel activ3 Haeufigkeit malen, basteln letzte 14 Tage
- 9:baktiv4 bioagel activ4 Haeufigkeit Geschichten vorlesen, erzaehlen letzte 14 Tage
- 9:baktiv5 bioagel activ5 Haeufigkeit Bilderbuecher anschauen letzte 14 Tage
- 9:baktiv6 bioagel activ6 Haeufigkeit zum Spielplatz gehen letzte 14 Tage
- 9:baktiv7 bioagel activ7 Haeufigkeit Besuch bei anderen Familien letzte 14 Tage
- 9:baktiv8 bioagel activ8 Haeufigkeit einkaufen gehen letzte 14 Tage
- 9:baktiv9 bioagel activ9 Haeufigkeit zusammen Video, TV anschauen letzte 14 Tage

**10 Darf Ihr Kind schon alleine, also ohne Erwachsene, Fernsehen, Video oder DVD schauen?**

- Ja 1
- Nur selten, ausnahmsweise 2
- Nein, grundsätzlich nicht 3

10:btv1 bioagel tvyn Darf das Kind allein fernsehen, Videos anschauen

[Ja / Nur selten, ausnahmsweise] und zwar ... Stunden pro  Woche

10:btv2 bioagel tvhrs Allein fernsehen, Videos anschauen (in h / woche)

**11 Wie würden Sie Ihr Kind im Vergleich zu Kindern gleichen Alters beurteilen?**

*Je weiter links Sie Ihr Kreuz machen, um so mehr trifft die linke Eigenschaft zu, je weiter rechts Sie Ihr Kreuz machen, um so mehr trifft die rechte Eigenschaft zu!*

ist zurückgezogen	<input type="checkbox"/>	ist kontaktfreudig									
ist konzentriert	<input type="checkbox"/>	ist leicht ablenkbar									
ist trotzig	<input type="checkbox"/>	ist folgsam									
begreift schnell	<input type="checkbox"/>	braucht mehr Zeit									
ist ängstlich	<input type="checkbox"/>	ist unängstlich									
11:bvergl1	bioagel	char1a	Kind ist eher schuechtern, kontaktfreudig								
11:bvergl2	bioagel	char2	Kind ist eher konzentriert, leicht ablenkbar								
11:bvergl3	bioagel	char3	Kind ist eher trotzig, fuegsam								
11:bvergl4	bioagel	char4	Kind begreift eher schnell, braucht mehr zeit								
11:bvergl5	bioagel	char10	Kind ist aengstlich / unaengstlich								

**12 Für Eltern ist es immer ein großes Erlebnis, wenn das Kind schon wieder etwas Neues kann. Bitte geben Sie an, welche Dinge das bei Ihrem Kind sind.**

Sprechen:

	Ja	Teilweise	Nein
Spricht in ganzen Sätzen (mit vier oder mehr Wörtern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folgt Anweisungen, die es fünf Minuten zuvor gehört hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nennt seinen Vor- und Nachnamen, wenn es danach gefragt wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hört in der Regel Geschichten mindestens 15 Min. aufmerksam zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überbringt einfache Nachrichten wie z.B. „Essen ist fertig“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12:bspr3	bioagel	spch3	Kind spricht in ganzen Saetzen
12:bspr6	bioagel	spch6	Kind folgt Anweisungen, die es fuenf Minuten zuvor gehoert hat
12:bspr7	bioagel	spch7	Kind nennt seinen Vor- und Nachnamen, wenn es danach gefragt wird
12:bspr4	bioagel	spch8	Kind hoert in der Regel Geschichten mindestens 15 Min. aufmerksam zu
12:bspr5	bioagel	spch5	Kind ueberbringt einfache Nachrichten

Alltagsfertigkeiten:

	Ja	Teilweise	Nein
Isst selbständig mit dem Löffel, ohne zu kleckern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Putzt sich selbst die Nase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzt für „großes Geschäft“ die Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zieht sich Hosen und Unterhosen selbst richtig herum an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Putzt sich selbst die Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12:ball1	bioagel	skll1	Kind isst selbstaendig mit Loeffel ohne zu kleckern
12:ball2	bioagel	skll2	Kind putzt sich selbst die Nase
12:ball3	bioagel	skll3	Kind benuetzt fur grosses Geschaeft Toilette
12:ball4	bioagel	skll4	Kind zieht sich Hosen und Unterhosen selbst richtig an
12:ball5	bioagel	skll5	Kind putzt sich selbst die Zaehne

Bewegung:

	Ja	Teilweise	Nein
Läuft Treppen vorwärts hinunter	1	2	3
Klettert auf Klettergerüste und andere hohe Spielgeräte	1	2	3
Schneidet mit einer Schere Papier durch	1	2	3
Malt auf Papier erkennbare Formen	1	2	3
Hält Stifte richtig (nicht mit der Faust), um zu malen	1	2	3
12:bbew1 bioagel mvnm1 Kind laeuft Treppen vorwaerts hinunter			
12:bbew3 bioagel mvnm3 Kind klettert auf Klettergeruste und hohe Spielgeraete			
12:bbew4 bioagel mvnm4 Kind schneidet mit Schere Papier durch			
12:bbew5 bioagel mvnm5 Kind malt auf Papier erkennbare Formen			
12:bbew7 bioagel mvnm6 Kind haelt Stifte richtig (nicht mit der Faust), um zu malen			

Soziale Beziehungen:

	Ja	Teilweise	Nein
Nimmt an Spielen mit anderen Kindern teil	1	2	3
Beschäftigt sich mit Rollenspielen ("tun als ob")	1	2	3
Zeigt eine Vorliebe für bestimmte Spielgefährten oder Freunde	1	2	3
Benennt eigene Gefühle, z.B. „traurig“, „freuen“, „Angst“	1	2	3
Wechselt sich mit anderen beim Spielen ab, ohne darum gebeten zu werden	1	2	3
12:bsoz2 bioagel sclr2 Kind nimmt an Spielen mit anderen Kindern teil			
12:bsoz3 bioagel sclr3 Kind beschaeftigt sich mit Rollenspielen			
12:bsoz4 bioagel sclr4 Kind zeigt Vorliebe fuer Spielgefaehrten / Freunde			
12:bsoz5 bioagel sclr5 Kind benennt eigene Gefuehle			
12:bsoz7 bioagel sclr6 Kind wechselt sich mit Anderen beim Spielen ab, ohne darum gebeten zu werden			

**13 Sprechen Sie oder andere Haushaltsmitglieder mit Ihrem Kind nur Deutsch oder auch in einer anderen Sprache?**

Nur in Deutsch	1
Auch in einer anderen Sprache	2
Nur in der anderen Sprache	3
13:bdtsch1 bioagel language Umgangssprache des Kindes	

[Auch/Nur in anderer Sprache] und zwar:

**A Welches Datum haben wir heute und um wie viel Uhr haben Sie den Fragebogen beendet?**

Tag

Monat

Stunde

Minute

Befragungsform

A:form bioagel mode Befragungsform

Sonstige Hinweise

**Int** Interviewer:

Listen-Nr.

Lfd.Nr.

Abrechnungs-Nummer
