

SWIFS+
Eine Nachbefragung der Swiss Infant Feeding Study (SWIFS)

FRAGEBOGEN

Liebe MUTTER, liebe ELTERN

Seit unserem letzten Brief sind einige Monate ins Land gegangen und Ihr Kind hat sich weiterentwickelt. Wir würden Ihnen daher gerne einige Fragen zur derzeitigen Ernährung und Gesundheit Ihres Kindes sowie zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen stellen. Ein Teil der Fragen stellen wir bewusst nochmals, andere sind neu. Wir möchten Sie herzlich einladen, diesen Kurzfragebogen auszufüllen.

Bitte versuchen Sie, alle Fragen zu beantworten. Wenn Sie nicht sicher sind, gibt es die Möglichkeit «Weiss nicht» anzukreuzen. Beispielsweise:

Frage xx: Ja Nein Weiss nicht

In der Regel ist eine Antwort pro Frage korrekt, doch manchmal mag es mehrere Antworten geben, diese Fragen sind mit dem Satz «*Sie können mehrere Möglichkeiten ankreuzen*» gekennzeichnet. Sollten keine der Antworten auf Ihre Situation/Ihr Kind zutreffen, können Sie «Anderes» ankreuzen und handschriftlich ergänzen. Beispielsweise:

Frage xx (Sie können mehrere Möglichkeiten ankreuzen):

xxx

xxx

Anderes

 _____

Haben Sie Fragen an uns? Möchten Sie uns etwas mitteilen? Dann können Sie uns gerne kontaktieren oder am Ende des Fragebogens Ihre Bemerkungen aufschreiben.

Für Ihre Teilnahme möchten wir Ihnen ganz herzlich danken!

Ihr SWIFS Studien-Team

Tel. +41 061 284 83 88 (Sekretariat: Nora Bauer), Email: *swifs-tph@unibas.ch*

Geburtsdatum Ihres Kindes ___/___/_____ Tag/Monat/Jahr

Fragen zur Grösse und Gewicht Ihres Kindes

1 Mein Kind war bei der letzten Messung

_____ g **Gramm schwer** und _____ cm **Zentimeter lang**.

Datum der Messung: ___/___/_____

Fragen zur Ernährung Ihres Kindes.

Falls Sie bei der letzten Umfrage bereits abgestillt hatten, fahren Sie bitte bei Frage 4 fort.

2 Stillen Sie Ihr Kind noch?

- Ja (weiter zu Frage 3)
- Nein, ich habe abgestillt als es ___ Wochen (___ Monate) alt war.

Falls Sie abgestillt haben, was hat zu Ihrer Entscheidung geführt, zu diesem Zeitpunkt aufzuhören?

(Sie können mehrere Möglichkeiten ankreuzen)

- Das Alter meines Kindes.
- Mein Kind hatte Hunger.
- Mein Kind wollte nicht mehr (so oft) an die Brust.
- Mein Kind bekam Zähne.
- Mein Kind war krank.
- Mein Kind war einige Tage nicht bei mir.
- Ich wollte mehr Spielraum für mich und meinen Mann.
- Ich war erschöpft.
- Ich hatte zu wenig Milch.
- Ich hatte Probleme mit den Brustwarzen.
- Ich hatte eine Brustentzündung.
- Es liess sich nicht mit meiner beruflichen Tätigkeit vereinbaren.
- Es liess sich nicht mit meinen Haushalts- und familiären Verpflichtungen vereinbaren.
- Andere Gründe: _____

3 Wie lange hat Ihr Kind nichts anderes als Muttermilch erhalten?

- Bis es ___ Wochen (___ Monate) alt war. D.h. es erhielt zu diesem Zeitpunkt zum ersten Mal Brei, Tee oder Pulvermilch.

4 Isst Ihr Kind inzwischen dasselbe wie Sie (Familienkost)?

- Nein, es erhält noch Säuglingsnahrung (Brei, Säuglingsmilch, Muttermilch)
- Gelegentlich (Mischung zwischen Brei und Familienkost)
- Ja, in der Regel (Familienkost mit Ausnahmen)

Ernährung Ihres Kindes während der letzten 24 Stunden

5 Wir bitten Sie, alles aufzuschreiben, was Ihr Kind in den letzten 24 Stunden zu essen und zu trinken erhalten hat. Bitte geben Sie auch an, wie oft Ihr Kind in den letzten 24 Stunden ein Lebensmittel (in welcher Form auch immer) oder eine Flüssigkeit erhalten hat.

Datum: ____/____/____



- | | | |
|--|---------------|---|
| <input type="checkbox"/> Stillmahlzeit | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Wasser | ____mal | <input type="checkbox"/> ungesüsst <input type="checkbox"/> gesüsst |
| <input type="checkbox"/> Tee | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Säuglingsanfangsmilch | ____mal | <input type="checkbox"/> verdünnt mit Wasser |
| <input type="checkbox"/> Säuglingsfolgemilch | ____mal | <input type="checkbox"/> unverdünnt |
| <input type="checkbox"/> Frucht- und/oder
Gemüsesaft | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Kuhmilch | ____mal | <input type="checkbox"/> verdünnt mit Wasser |
| | | <input type="checkbox"/> unverdünnt |
| <input type="checkbox"/> gesüsstes Getränk | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Früchte | ____mal | wie viele Sorten: _____ |
| <input type="checkbox"/> Gemüse | ____mal | wie viele Sorten: _____ |
| <input type="checkbox"/> Kartoffeln | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Nudeln | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Reis | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Hülsenfrüchte | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Fleisch | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Fisch | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Tofu | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Ei | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Milchprodukte (Jogurt, Quark, Käse) | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Brot, Zwieback | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Süßigkeiten | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Andere Nahrung | Welche? _____ | ____mal |
| | _____ | ____mal |

**Mein Kind wurde teilweise nicht von mir betreut.
Ich kann daher zu folgenden Mahlzeiten keine Angaben machen:**

- Frühstück
- Znüni
- Mittagessen
- Zvieri
- Abendessen

Fragen zu Ihrer Ernährung (mütterliche Ernährung)

6 Wir bitten Sie, alles aufzuschreiben, was Sie in den letzten 24 Stunden gegessen und getrunken haben. Bitte geben Sie auch an, wie oft Sie in den letzten 24 Stunden diese Lebensmittel und Getränke gegessen oder getrunken haben



Datum: ____/____/____

- | | | |
|--|---------|--|
| <input type="checkbox"/> Wasser | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Tee | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Frucht- und/oder Gemüsesaft | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Kuhmilch (als Getränk nicht als Zusatz zu Tee/Kaffee) | ____mal | <input type="checkbox"/> Vollfett
<input type="checkbox"/> Fett reduziert |
| <input type="checkbox"/> Kaffee | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Softdrinks/gesüsste Getränke | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Alkoholische Getränke | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Früchte | ____mal | wie viele Sorten: ____ |
| <input type="checkbox"/> Gemüse | ____mal | wie viele Sorten: ____ |
| <input type="checkbox"/> Kartoffeln | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Nudeln | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Reis | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Hülsenfrüchte | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Brot, Knäckebrot | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Müsli | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Milchprodukte (Jogurt, Quark, Käse) | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Butter | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Margarine | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Fleisch | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Brotaufschnitt aus Fleisch (Salami, Schinken) | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Fisch | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Ei | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Tofu | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Süßigkeiten/ Schokolade | ____mal | |
| <input type="checkbox"/> Andere Nahrung | ____mal | |
| Welche: _____ | ____mal | |
| _____ | ____mal | |

War dies ein typischer Tag?

Nein Ja

7 Richten Sie sich nach einer besonderen Ernährungsweise wie z.B. Vegetarismus, Vollwert-Ernährung, Rohkost-Ernährung? Gemeint ist dabei jeweils Ihre langfristige Ernährungsweise!

- Nein (weiter zu Frage 8)
- Ja

Falls ja, nach welcher der folgenden Ernährungsweisen richten Sie sich?
(Sie können mehrere Möglichkeiten ankreuzen)

- Ausschliesslich pflanzliche Kost (vegane Kost)
- Vegetarische Kost (mit Milch, mit Ei, mit Fisch)
- Rohkost-Ernährung
- Vollwert-Ernährung (nicht: vollwertige Ernährung!)
- Kalorienreduzierte Diäten (z.B. Trennkost-Diäten, Low-carb Diäten)
- Glutenfreie Ernährung
- Anderes, nämlich: _____

8 Wie häufig essen/trinken Sie im Allgemeinen folgende Lebensmittel?

	Nie	Selten	Einige Mal pro Monat	Einige Mal pro Woche	Täglich
Fleisch oder Wurstwaren	<input type="checkbox"/>				
Fisch	<input type="checkbox"/>				
Gekochtes Gemüse	<input type="checkbox"/>				
Rohes Gemüse, Salat	<input type="checkbox"/>				
Vollkornbrot	<input type="checkbox"/>				
Kartoffeln	<input type="checkbox"/>				
Olivenöl	<input type="checkbox"/>				
Zitrusfrüchte oder -säfte	<input type="checkbox"/>				
Früchte oder Fruchtsaft (ausser Zitrusfrüchte)	<input type="checkbox"/>				
Milch (als Getränk)	<input type="checkbox"/>				
Milchprodukte (z.B. Käse, Jogurt)	<input type="checkbox"/>				
Soft drinks (z.B. Cola, Rivella)	<input type="checkbox"/>				
Alkoholische Getränke	<input type="checkbox"/>				
Fertiggerichte	<input type="checkbox"/>				

Fragen zur Gesundheit und Entwicklung Ihres Kindes

9 Hatte Ihr Kind seit der Geburt jemals eine der folgenden Erkrankungen?

	Nein	Ja	Wenn Ja, in den letzten 4 Monaten?
Fieber (über 38,5°C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkältung (Schnupfen/Husten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pseudokrupp/Krupp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankung/Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall, Magen-Darm Infekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scharlach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windpocken („Wilde Blattern“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mandelentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittelohrentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasen-/Harnwegsentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eitrige Bindehautentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundfäule/Herpes-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unklare Schmerzen/Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 Wie häufig hatte Ihr Kind in den letzten 6 Monaten pfeifende oder keuchende Atemgeräusche?

- Nie (weiter zu Frage 11)
- Seltener als einmal pro Monat
- Einmal pro Monat
- Mindestens zweimal pro Monat

Falls Ihr Kind pfeifende bzw. keuchende Atemgeräusche hat bzw. hatte – wie lange haben diese in den letzten 6 Monaten üblicherweise angehalten?

- Meist wenige Stunden bis maximal einen Tag
- Normalerweise 2 bis 3 Tage
- Meist 4 bis 6 Tage
- Meist 1 bis 2 Wochen
- Meist mehr als 2 Wochen

11 Hatte Ihr Kind seit Geburt einen juckenden Hautausschlag mit Kratzen und Reiben der Haut?

- Nein (weiter zu Frage 12)
- Ja

Falls ja, war der Hautausschlag einmal an einer der folgenden Stellen?

	Nein	Ja
Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ellenbeugen/Kniekehlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hand-/Fußgelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An anderen Stellen der Arme oder Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls ja, ist der Hautausschlag wieder völlig verschwunden oder „kommt und geht“ der Hautausschlag?

- Der Hautausschlag ist vollständig verschwunden
- Der Hautausschlag „kommt und geht“
- Der Hautausschlag ist noch da

12 Ist bei Ihrem Kind seit der Geburt jemals eine der folgenden allergischen Reaktionen aufgetreten, und wurde diese ärztlich diagnostiziert?

(Sie können mehrere Möglichkeiten ankreuzen)

- Nein
- Ja, Lebensmittelallergien ärztlich diagnostiziert
- Ja, Neurodermitis ärztlich diagnostiziert
- Ja, Asthmasymptome (pfeifende, keuchende Atemgeräusche) ärztlich diagnostiziert
- Ich weiss es nicht

13 Hat sich Ihr Kind seit Geburt jemals durch einen Unfall verletzt oder vergiftet?

- Nein (weiter zu Frage 14)
- Ja

Falls ja, wie oft hatte es einen Unfall/eine Vergiftung? _____mal

Musste es deshalb ärztlich behandelt werden? Nein Ja

Welche Verletzungen wurden ärztlich festgestellt?

- Schädelprellung Quetschungen
- Gehirnerschütterung Innere Verletzungen (Brust, Bauch)
- Knochenbrüche Vergiftung, Verätzung
- Prellungen/Verrenkungen/Zerrung Fremdkörperverletzung
- Offene Wunde (Riss-, Schnitt-, Biss-, Platzwunde)
- andere Verletzung, nämlich: _____

14 Benötigt oder nimmt Ihr Kind vom Arzt oder einer Ärztin verschriebene Medikamente (ausser Vitamine)?

- Nein (weiter zu Frage 15)
- Ja

Geschieht dies aufgrund einer Krankheit, Verhaltensauffälligkeiten oder eines anderen gesundheitlichen Problems?

	Nein	Ja
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dauert dieses Problem bereits mehr als 4 Monate an?

	Nein	Ja
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15 Hat Ihr Kind in den letzten 24 Stunden eines der folgenden Vitamine oder Medikamente erhalten?

- Nein
- Ja und zwar
 - Vitamin D
 - andere Vitamine
 - Schmerz- oder Fieberzäpfchen
 - Antibiotika
 - Homöopathische, komplementärmedizinische Medikamente
 - andere Medikamente: _____

16 Welche Entwicklungsfortschritte konnten Sie bei Ihrem Kind beobachten?

	Im Alter von	Noch nicht	Weiss nicht
<input type="checkbox"/> Freies Sitzen	_____ Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Krabbeln	_____ Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Stehen mit Halt	_____ Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Freies Laufen	_____ Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Erste Worte mit Bedeutung	_____ Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Alleine aus der Tasse trinken	_____ Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17 Wie viele Stunden pro Tag schläft Ihr Kind zurzeit durchschnittlich?

Insgesamt _____ Stunden am Tag und in der Nacht

18 Leidet Ihr Kind unter Schlafschwierigkeiten?

- Nein
- Ja, mein Kind schläft schlecht ein
- Ja, mein Kind schläft schlecht durch

19 Wie oft wacht Ihr Kind zurzeit nachts auf?

Gar nicht (mehr)	1-2 mal	3-4 mal	5 mal oder häufiger
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20 Manche Familien entwickeln feste Tagesabläufe und Rituale. Wie oft finden die folgenden Gewohnheiten in Ihrem Familienalltag statt?

	Jeden Tag	3-5 mal pro Woche	1-2 mal pro Woche	Fast nie
Zumindest ein Teil der Familie frühstückt zusammen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Familie isst am Abend gemeinsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Familie isst zur gleichen Zeit zu Abend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind isst Zwischenmahlzeiten („Znüni“ und „Zvieri“).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind geht zur selben Zeit ins Bett.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind macht zur selben Zeit Vormittags-/ Mittagsschlaf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

21 War Ihr Kind seit Geburt jemals hospitalisiert?

- Nein (weiter zu Frage 22)
- Ja

Falls ja, wie oft, warum und wie lange war Ihr Kind hospitalisiert?

	<u>Alter</u> des Kindes bei der Hospitalisierung (in Monaten)	<u>Grund</u> für die Hospitalisierung (z.B. Lungenentzündung)	<u>Dauer</u> der Hospitalisierung		
			<1 Woche	1-3 Wochen	>3 Wochen
1.	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22 Wie oft war Ihr Kind in den letzten 4 Monaten wegen einem akuten Gesundheitsproblem beim Arzt/bei einer Ärztin? _____ mal

Falls ja, bei welchem Arzt/welcher Ärztin war es und wie oft war es dort? (Sie können mehrere ankreuzen)

- Kinderarzt/-ärztin _____ mal
- Spezial- oder Facharzt/-ärztin _____ mal
- Arzt/Ärztin in der Notaufnahme im Spital _____ mal
- Arzt/Ärztin im Spital (regulärer Termin) _____ mal
- Anderes: _____ mal

23 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Monaten Beratungsangebote zu Gesundheit, Ernährung, Pflege oder Erziehung ihres Kindes in Anspruch genommen? _____ mal

Falls Sie Beratungsangebote in Anspruch genommen haben, von wem und wie oft? (Sie können mehrere Beratungspersonen ankreuzen)

- Hebamme _____ mal
- Stillberaterin _____ mal
- Mütter- und Väterberaterin _____ mal
- Kinderarzt/-ärztin _____ mal
- Spezial-/Facharzt/-ärztin _____ mal
- Zahnarzt/-ärztin _____ mal
- Apotheker/in _____ mal
- Andere: _____ mal

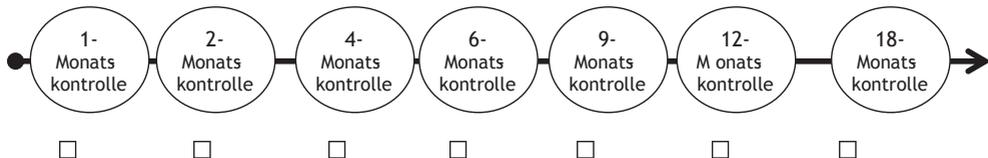
24 Wie oft haben Sie sich in den letzten 4 Monaten in Büchern oder anderen Medien zu Gesundheit, Ernährung, Pflege oder Erziehung ihres Kindes informiert?

	Nie	Selten	Einige Mal pro Monat	Einige Mal pro Woche
Bücher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitschriften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internetseiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internetforen (Blogs/Chats)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25 Es wird empfohlen, Kinder regelmässig bei der Kinderärztin oder dem Kinderarzt vorsorglich untersuchen zu lassen. Haben Sie die empfohlenen Kontrolluntersuchungen bis jetzt wahrgenommen?

- Nein
- Ja
- Ja, aber nicht zu den empfohlenen Zeitpunkten
- Teilweise

26 Welche vorsorglichen Kontrolluntersuchungen beim Kinderarzt/-ärztin haben Sie für Ihr Kind in Anspruch genommen? Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Untersuchungen an.



27 In den ersten zwei Lebensjahren wird in der Schweiz empfohlen, Kinder mit 2,4,6,12,15-24 Monaten zu impfen. Haben Sie die empfohlenen Impfungen durchführen lassen?

- Nein
- Ja
- Ja, aber nicht zu den empfohlenen Zeitpunkten.
- Teilweise, ich habe folgenden Impfung(en) abgelehnt: _____
- Ich weiss es nicht

28 Wie ist Ihr Kind versichert?

- Allgemein
- Zusatzversicherung

Fragen zu Ihrer Wohnsituation

29 Wie gross ist Ihre Wohnung und wie viele Personen leben insgesamt in der Wohnung?

_____ m²
 _____ Personen

30 Halten Sie innerhalb der Wohnung Haustiere?

- Nein
- Ja
 - Katze
 - Hund
 - Kleinsäugetiere (z.B. Meerschweinchen, Hamster, Kaninchen)
 - andere Tiere: _____

31 Hat Ihr Kind seit Geburt jemals für längere Zeit auf einem Bauernhof gelebt?

- Nein
- Ja, seit Geburt
- Ja, ungefähr _____ Monate

Fragen zu Ihnen

32 Haben Sie seit der Geburt des Kindes, für welches Sie bereits einen SWIFS-Fragebogen ausgefüllt haben, ein weiteres Kind bekommen, oder sind Sie zurzeit schwanger?

- Nein
- Ja, ich bin zurzeit schwanger
- Ja, ich habe am ___ / ___ / _____ ein weiteres Kind bekommen.

33 Hat sich Ihre Berufstätigkeit seit der letzten Befragung verändert (berufstätig/nicht berufstätig)?

- Nein (weiter zu Frage 34)
- Ja

Falls Sie berufstätig sind,

... zu wie viel Prozent sind Sie erwerbstätig? _____ %

... wer betreut Ihr Kind während Ihrer Arbeitszeit?

(Sie können mehrere Möglichkeiten ankreuzen)

- ein Familienmitglied (z.B. Partner, Grosseltern)
- Kindertagesstätte
- Tagesmutter
- Nanny / Au Pair
- Anderes: _____

34 Hat sich die Berufstätigkeit des Vaters verändert?

- Nein
- Ja

Falls der Vater berufstätig ist, zu wie viel Prozent? _____ %

Bitte tragen Sie das heutige Datum ein: _____

Der Fragebogen ist hier beendet – wir danken Ihnen herzlich für Ihre Auskunft und Teilnahme. **Ihr SWIFS+ Team**

Möchten Sie uns etwas mitteilen? Haben Sie eine Anregung? Hier können Sie Ihre Bemerkungen notieren:
