

# Kerndokumentation 2026

Hier bitte  
„Einrichtungsetikett“  
aufkleben!

ID-NR.: \_\_\_\_\_  
Bitte ID-Nummer eintragen unter welcher der Pat.  
geföhrt wird!

## Fragebogen für Jugendliche Patientinnen und Patienten ab 12 Jahre

Wir möchten dich bitten, den nachfolgenden Fragebogen auszufüllen. Bitte versuche, jede Frage zu beantworten.

Bitte gib dein Geburtsjahr  und dein Geschlecht an:  weiblich  männlich

Heutiges Datum:  2  6

anderes \_\_\_\_\_

Wo wohnst du? Gib bitte deine Postleitzahl an.

Welche Schule besuchst du?

- Grundschule  Hauptschule  Realschule  Gesamtschule  
 Gymnasium  berufsbildende Oberschule (z. B. berufliches Gymnasium, Fachoberschule)  
 andere Schule \_\_\_\_\_  
 ich gehe nicht mehr zur Schule

Wenn du noch zur Schule gehst, hast du in den letzten 4 Wochen am Schulsport teilgenommen?

- immer  manchmal nicht  häufig nicht  
 ich bin **teilweise** vom Schulsport befreit  ich bin **ganz** vom Schulsport befreit

Hast du bereits einen Schulabschluss erreicht, welcher Abschluss ist es?

- ich gehe noch zur Schule  MSA/mittlere Reife  Abitur/Hochschulreife  
 (qualifizierter) Hauptschulabschluss  Fachabitur/Fachhochschulreife  keinen Schulabschluss

Besitzt du einen Schwerbehindertenausweis?

- nein  ja ⇒ Grad der Behinderung  Merkzeichen \_\_\_\_\_

Hast du in den letzten 6 Monaten wegen deiner rheumatischen Krankheit in der Schule oder an der Ausbildungsstätte gefehlt?

- nein  ja, und zwar:  Tage

Warst du in den letzten 12 Monaten wegen deiner rheumatischen Krankheit stationär im Krankenhaus?

- nein  ja, und zwar:  Wochen und  Tage

Welche der folgenden Behandlungen hast du in den letzten 12 Monaten erhalten?

Bitte nur ärztlich verordnete ambulante Behandlungen angeben.

- Krankengymnastik (einzelnen oder in der Gruppe)  Bewegungsbad (einzelnen oder in der Gruppe)  
 Ergotherapie (z. B. Gelenkschutzberatung, Hilfsmittel)  ich habe **keine** derartige Behandlung erhalten

Hast du oder haben deine Eltern in den letzten 12 Monaten an einer Schulung für Patientinnen und Patienten oder Eltern teilgenommen? Beispiele: Schulungswochenende der Rheuma-Liga, Rheumacamp

- nein  ja

Hast du innerhalb der letzten 12 Monate wegen deiner rheumatischen Erkrankung an einer Rehabilitations- oder Kurmaßnahme teilgenommen?

- nein  ja

Verwendest du orthopädische Hilfsmittel?

- nein  ja, und zwar:  Schienen oder Bandagen (z. B. Kniegelenkbandagen, Handgelenkschienen)  
 orthopädische Schuhe  Halsmanschette  
 Einlagen/Sohlenerhöhung

Nimmst du deine verordneten Medikamente regelmäßig bzw. wie ärztlich empfohlen ein?

- ja, fast immer  häufig  manchmal  selten  gar nicht  benötige keine Medikamente

Gelingt es dir die empfohlenen krankengymnastischen Übungen durchzuführen?

- ja, fast immer  häufig  manchmal  selten  gar nicht  keine Übungen erforderlich

Im Folgenden möchten wir erfahren, ob du im Alltag durch deine rheumatische Erkrankung beeinträchtigt bist. Kreuze bitte jeweils nur die Antwort an, die am besten deine Möglichkeiten in der vergangenen Woche beschreibt.

	problem-los	leicht erschwert	stark erschwert	nicht möglich
<b>1. Anziehen und Körperpflege</b>				
Kannst du:				
◆ dich allein anziehen, die Schnürsenkel binden, Knöpfe schließen oder öffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ dir allein die Haare waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ dir allein die Socken an- oder ausziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ dir allein die Fingernägel schneiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Aufstehen</b>				
Kannst du:				
◆ von einem niedrigen Stuhl oder vom Boden aufstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ dich ins Bett legen oder aus dem Bett aufstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Essen und Trinken</b>				
Kannst du:				
◆ bei Tisch ein Messer zum Schneiden benutzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ eine Tasse oder ein Glas zum Mund führen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ eine neue Packung Cornflakes oder Müsli öffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Gehen</b>				
Kannst du:				
◆ draußen auf ebenem Boden gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ fünf Stufen hinaufgehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Körperpflege</b>				
Kannst du:				
◆ dich allein am ganzen Körper waschen und abtrocknen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ dich allein baden (in die Wanne ein- und aussteigen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ die Toilette benutzen und wieder aufstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ dir die Zähne putzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ dir die Haare kämmen oder bürsten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. Erreichen von Gegenständen</b>				
Kannst du:				
◆ einen schweren Gegenstand, z. B. ein großes Spiel oder Bücher, über Kopfhöhe erreichen und herunterholen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ dich bücken, um ein Kleidungsstück oder ein Blatt Papier vom Boden aufzuheben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ einen Pullover über den Kopf anziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ den Kopf drehen, um über die Schulter zurückzuschauen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. Greifen</b>				
Kannst du:				
◆ mit Kugelschreiber oder Bleistift schreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ Autotüren öffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ Schraubverschlüsse aufmachen, die schon einmal geöffnet waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ Wasserhähne auf- und zudrehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ eine Tür mit einem Türknauf öffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. Aktivitäten und häusliche Aufgaben</b>				
Kannst du:				
◆ allein einkaufen und Kleinigkeiten erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ in Auto, Bus oder Straßenbahn ein- und aussteigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ Fahrrad fahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ im Haushalt helfen (z. B. abwaschen, Müll wegbringen, Staub saugen, bei der Gartenarbeit helfen, dein Bett machen, dein Zimmer aufräumen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ rennen und spielen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte kreuze alle Hilfsmittel an, die du gewöhnlich für eine der folgenden Tätigkeiten benutzt:**

Ich benötige keine Hilfsmittel

Ich benötige für die angegebenen Tätigkeiten folgende Hilfsmittel:

- 1. Anziehen und Körperpflege:  Hilfsmittel zum Anziehen, z. B. Knöpfhaken, verlängerten Schuhlöffel
  - 2. Aufstehen:  Spezialstuhl oder erhöhten Stuhl
  - 3. Essen und Trinken:  besondere Hilfsmittel beim Essen u. Trinken, z. B. besonderes Besteck
  - 4. Gehen:  Gehstützen  
 Therapiefahrrad  
 Rollstuhl
  - 5. Körperpflege:  erhöhten Toilettensitz  
 Badewannensitz  
 Haltegriff an der Badewannenstange
  - 6. Erreichen von Gegenständen:  Geräte mit langen Stielen zum Erreichen bestimmter Gegenstände
  - 7. Greifen:  Geräte mit langen Stielen im Badezimmer  
 Schraubverschluss-Öffner für Gläser (die schon vorher geöffnet waren)  
 Bleistiftverdickung oder spezielle Schere oder Schreibgeräte

andere Hilfsmittel für die genannten Tätigkeiten:

**Bitte kreuze die Bereiche an, in denen du aufgrund deiner Erkrankung normalerweise Hilfe von anderen benötigst:**

Ich brauche keine fremde Hilfe

Ich brauche Hilfe in folgenden Bereichen:

- Ankleiden     Aufstehen     Essen und Trinken     Körperpflege     Greifen  
 Gehen     Erreichen von Gegenständen     Aktivitäten und häusliche Aufgaben

**Wie geht es dir derzeit mit deiner Erkrankung? Bitte bewerte dein gesundheitliches Befinden auf einer Skala von 0 (sehr gut) bis 10 (sehr schlecht), indem du den passenden Kreis ankreuzt.**

© CHAO

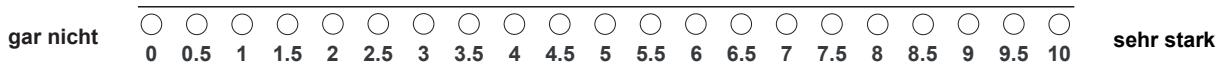
**Wie beurteilst du im Großen und Ganzen deinen derzeitigen Gesundheitszustand?**



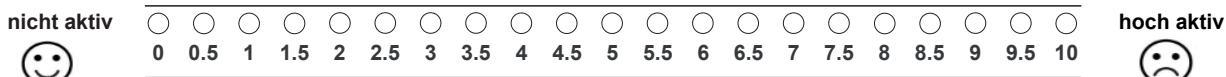
**Wie würdest du die Stärke deiner Schmerzen in den vergangenen 7 Tagen einschätzen?**



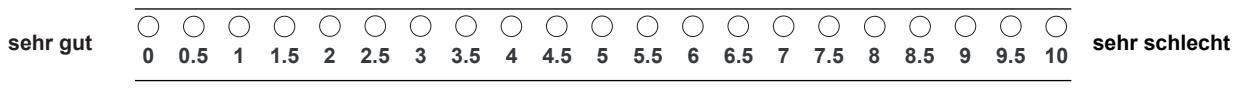
**Hast du in den vergangenen 7 Tagen unter ungewöhnlicher Erschöpfung und Müdigkeit gelitten?**



Wie aktiv ist deine rheumatische Erkrankung aktuell?



**Wie kommst du zurzeit mit deiner Krankheit zurecht?**



*In den folgenden Fragen geht es um dein Freizeit- und Schlafverhalten.*

An wie vielen Tagen einer **normalen Woche** bist du für mindestens 60 Minuten am Tag körperlich aktiv?

- an 7 Tagen
  - an 6 Tagen
  - an 5 Tagen
  - an 4 Tagen
  - an 3 Tagen
  - an 2 Tagen
  - an einem Tag
  - an keinem Tag

**Wie beurteilst du im Großen und Ganzen deinen Schlaf in den letzten 2 Wochen?**



**In den folgenden Fragen geht es um dein Bewegungsverhalten an einem typischen Tag in den letzten 7 Tagen.**  
 Bitte beantworte jede Frage getrennt für einen typischen Wochentag und einen typischen Wochenendtag.  
 Wichtig: Die Angaben pro Tag müssen genau 24 Stunden ergeben.

Wie viele Stunden pro Tag ...	Der Stundenumfang muss 24h ergeben	
	wochentags	am Wochenende
... schlafst du? (z. B. Nachtschlaf inkl. Mittagsschlaf/Powernap am Tage)	_____ Stunden	_____ Stunden
... verbringst du wach im Sitzen oder Liegen (nicht schlafend)? (z. B. in der Schule, beim Lesen, Fernsehen, mit dem Handy oder im Auto)	+ _____ Stunden	+ _____ Stunden
... bewegst du dich in leichter körperlicher Aktivität*? (z. B. Gehen von Ort zu Ort, Hausarbeit, gemütliches Radfahren, leichtes Spielen)	+ _____ Stunden	+ _____ Stunden
... verbringst du mit körperlich moderater oder anstrengender Aktivität**? (z. B. mit Sport, Rennen, Ballspielen, schnellem Radfahren oder körperlicher Arbeit)	+ _____ Stunden	+ _____ Stunden
Beachte bitte: * <i>Leichte körperliche Aktivität</i> bedeutet, dass du dich bewegst, aber nicht ins Schwitzen kommst. ** <i>Moderate bis anstrengende Aktivität</i> bedeutet, dass du merklich außer Atem kommst oder schwitzt.	= <b>24 Stunden</b>	= <b>24 Stunden</b>

**Die folgenden Fragen helfen uns zu verstehen, in welchen Situationen du hauptsächlich sitzt.**

Bitte denke an einen typischen Wochentag (mit Schule oder Arbeit) in der letzten Woche. Wenn du mehrere Dinge gleichzeitig tust (z. B. Handy während Fernsehen), gib bitte nur die Hauptaktivität an.

Wie viele Stunden pro Tag ...	pro Tag
... nutzt du in deiner Freizeit Bildschirmgeräte? (z. B. TV, Streaming, Gaming, Smartphone/Tablet, PC)	_____ Stunde(n)
... verbringst du mit Schul- oder Lernaktivitäten? (z. B. Unterricht, Lesen, Schreiben, Hausaufgaben, Lernen oder Üben)	_____ Stunde(n)
... sitzt du bei Freizeitaktivitäten, bei denen du dich mit anderen unterhältst oder entspannst? (z. B. Treffen mit Freunden, Musik hören, Basteln, Brettspiele)	_____ Stunde(n)
... verbringst du mit Fahrten? (z. B. Auto, Bus, Bahn, Motorroller, E-Bike, E-Scooter)	_____ Stunde(n)
Wie oft sitzt du länger als 60 Minuten am Stück ohne aufzustehen?	<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> oft <input type="radio"/> sehr oft

Bitte denke bei den nächsten 3 Fragen an den letzten Termin in der Rheumasprechstunde.

**Wie sehr wurde dir geholfen, das zu verstehen, weshalb du hier bist?**

überhaupt nicht	<input type="radio"/>	sehr									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

**Wie sehr wurde zugehört, was dir am wichtigsten ist?**

überhaupt nicht	<input type="radio"/>	sehr									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

**Wie sehr wurde bei der Planung der nächsten Schritte beachtet, was dir am wichtigsten ist?**

überhaupt nicht	<input type="radio"/>	sehr									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Bitte beantworte uns auch die folgenden Fragen zu deiner Zufriedenheit mit der Versorgung.

**Wirst du bei Entscheidungen zu deiner Behandlung ausreichend einbezogen?**

- ja, (fast) immer     häufig     manchmal     selten     gar nicht  
 trifft nicht zu, da aktuell keine Behandlung



Du bist 16 Jahre oder älter? Du hast eine juvenile idiopathische Arthritis (JIA)?  
 Scanne den QR-Code, übertrage deine ID-Nummer von diesem Fragebogen ins Formular auf der Website und erhalte eine Übersicht zu deinem Krankheits- und Therapieverlauf zum Download.

# Zusatzfragebogen für Eltern

Hier bitte  
„Einrichtungsetikett“  
aufkleben!

ID-NR.: \_\_\_\_\_  
Bitte ID-Nummer übertragen

Dieser Zusatzbogen richtet sich an deine Eltern. Übertrage bitte zunächst die ID-Nr. von der ersten Seite in den Kasten oben rechts. Anschließend reiche den Bogen bitte an deine Eltern bzw. deine Begleitperson weiter.

Geburtsjahr Ihres Kindes | | | |

Geschlecht  weiblich  männlich  anderes

Heutiges Datum | | | | 2 | 6 |

1. Wann begannen die rheumatischen Beschwerden Ihres Kindes?

| | | |  
Tag Monat Jahr

2. Wann war Ihr Kind das erste Mal bei einem/r Kinderrheumatologen/in?

| | | |  
Tag Monat Jahr

3. Wie lange dauerte es von der Überweisung bis zur Erstvorstellung Ihres Kindes bei einem/r Kinder- und Jugendlheumatologen/in?

Anzahl der Wochen | | und der Tage | |  weiß ich nicht

In den folgenden drei Fragen geht es um Ihre Einschätzung zum Umgang mit Ihnen.

Bitte denken Sie an den letzten Termin in der Rheumasprechstunde.

4. Wie sehr wurde Ihnen geholfen, das zu verstehen, weshalb Ihr Kind hier ist?

überhaupt nicht	<input type="radio"/>	sehr									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

5. Wie sehr wurde Ihnen zugehört, was Ihnen am wichtigsten ist?

überhaupt nicht	<input type="radio"/>	sehr									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

6. Wie sehr wurde bei der Planung der nächsten Schritte beachtet, was Ihnen am wichtigsten ist?

überhaupt nicht	<input type="radio"/>	sehr									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

©collaboRATE

Bitte beantworten Sie uns auch die folgenden Fragen zur Zufriedenheit mit der Versorgung Ihres Kindes.

7. Werden Sie bei Entscheidungen zur Behandlung Ihres Kindes ausreichend einbezogen?

ja, (fast) immer  häufig  manchmal  selten  gar nicht  
 trifft nicht zu, da aktuell keine Behandlung

8. Wie zufrieden sind Sie mit der medikamentösen Behandlung Ihres Kindes?

nicht zufrieden  teilweise zufrieden  zufrieden  sehr zufrieden  äußerst zufrieden  
 trifft nicht zu, mein Kind erhält keine medikamentöse Therapie

9. Hat man Sie bei der Betreuung Ihres Kindes zur rheumatischen Erkrankung und Behandlung informiert, oder Ihnen gesagt, wo Sie mehr Informationen dazu finden können?

ja, ausreichend  ja, aber nicht ausreichend  nein

10. Informationen über die Erkrankung Ihres Kindes und die Diagnosestellung.

Waren Sie zufrieden...	nicht zufrieden	teilweise zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden	äußerst zufrieden
... mit der Information über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mit der Information über die Erkrankung Ihres Kindes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mit der Zeitdauer, die für die Diagnosestellung benötigt worden ist?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Umgang des Spezialisten/der Spezialistin mit Ihrem Kind. Bitte denken Sie an Ihren letzten Besuch in der Klinikambulanz/Facharztpraxis.

Waren Sie zufrieden...	nicht zufrieden	teilweise zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden	äußerst zufrieden
... mit den Bemühungen, die unternommen wurden, damit Ihr Kind sich wohl fühlt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mit der Aufmerksamkeit des Arztes/der Ärztin Ihrem Kind gegenüber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**12. Zufriedenheit mit dem Facharzt/der Fachärztein. Bitte denken Sie an Ihren letzten Besuch in der Facharztpraxis oder in der Sprechstunde der Klinik.**

Waren Sie zufrieden...	nicht zufrieden	teilweise zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden	äußerst zufrieden
... mit der Fähigkeit der Ärzte, verständlich zu erklären?	<input type="radio"/>				
... mit der Zeit, welche die Ärzte für Sie und Ihr Kind hatten?	<input type="radio"/>				

**13. Allgemeine Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung Ihres Kindes. Bitte denken Sie an die letzten 12 Monate.**

Waren Sie zufrieden...	nicht zufrieden	teilweise zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden	äußerst zufrieden
... mit der gesundheitlichen Versorgung Ihres Kindes ganz allgemein?	<input type="radio"/>				

©CHC-SUN short

**14. Mussten Sie innerhalb der letzten 6 Monate wegen der rheumatischen Erkrankungen Ihres Kindes der Arbeit fernbleiben?**

**Eigene Angabe**

- trifft nicht zu, da nicht berufstätig  
 nein       ja, und zwar:    Tage

**Angabe für eine weitere sorgeberechtigte Person**

- trifft nicht zu, da nicht berufstätig  
 nein       ja, und zwar:    Tage

**15. Leben weitere Kinder bei Ihnen im Haushalt?**

- nein       ja, und zwar    Kinder im Alter von    Jahren  
*Bitte tragen Sie die Anzahl der Kinder und deren Alter ein!*

**16. Mit welchen Personen lebt das Kind in einem Haushalt? (Mehrfachantwort möglich)**

- Mutter       Vater       Stiefmutter/-vater       Großeltern  
 Geschwister       andere Personen       Kind lebt außerhalb seiner Familie

Aus Vergleichbarkeitsgründen bitten wir Sie abschließend einige Fragen zu beantworten, die aus der KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland stammen. Mit Vater und Mutter meinen wir die Personen, die mit dem Kind in einem Haushalt leben. Mit der Bezeichnung Mutter oder Vater sind auch diejenigen Personen gemeint, die an die Stelle der leiblichen Eltern treten, z. B. Lebenspartnerin des Vaters, Stiefvater o.a.

**17. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?**

Mutter      Vater

- noch keinen Abschluss (noch Schüler)              
 Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch              
 Hauptschule              
 Realschule/Mittlere Reife/Mittlerer Schulabschluss (MSA)              
 Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, Fachhochschulreife/Fachoberschule              
 anderer Schulabschluss (z. B. im Ausland erworben)

**18. In den folgenden Fragen geht es um Ihre berufliche Ausbildung sowie Ihre berufliche Stellung.**

**Höchster beruflicher Abschluss**

**Berufliche Stellung** (Wenn Sie derzeit nicht oder nicht mehr berufstätig sind, nennen Sie bitte die letzte berufliche Stellung.)

	Mutter	Vater		Mutter	Vater
Keinen Abschluss, noch in beruflicher Ausbildung z. B. Student/in, AZUBI, Praktikant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Angestellte/Angestellter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
keinen Berufsabschluss und nicht AZUBI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Arbeiterin/Arbeiter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Beamtin/Beamter (auch Anwärter/Anwärterin)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Berufsfachschule, Handelsschule (beruflich-schulische Ausbildung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Selbstständig erwerbstätig mit Angestellten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fachschule z. B. Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Selbstständig erwerbstätig ohne Angestellte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fachhochschule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mithelfende/r Familienangehörige/r	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Universität/Hochschule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Auszubildende/Auszubildender	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sonstiger beruflicher Abschluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	noch nie erwerbstätig gewesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			sonstiges _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>