

<p>1. Wie alt bist Du?</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Bis 18 Jahre</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>18-25</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>26-45</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>46-65</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Ab 65 Jahre</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	Bis 18 Jahre	<input type="checkbox"/>	18-25	<input type="checkbox"/>	26-45	<input type="checkbox"/>	46-65	<input type="checkbox"/>	Ab 65 Jahre									
<input type="checkbox"/>	Bis 18 Jahre																		
<input type="checkbox"/>	18-25																		
<input type="checkbox"/>	26-45																		
<input type="checkbox"/>	46-65																		
<input type="checkbox"/>	Ab 65 Jahre																		
<p>2. Fühlst du Dich als...?</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Frau</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Mann</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Mann und Frau</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Etwas Anderes</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	Frau	<input type="checkbox"/>	Mann	<input type="checkbox"/>	Mann und Frau	<input type="checkbox"/>	Etwas Anderes											
<input type="checkbox"/>	Frau																		
<input type="checkbox"/>	Mann																		
<input type="checkbox"/>	Mann und Frau																		
<input type="checkbox"/>	Etwas Anderes																		
<p>3. Was ist Deine Behinderung?</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Körperliche Behinderung</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Geistige Behinderung</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Behinderung der Sinnesorgane (zum Beispiel: Auge, Ohr)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Behinderung beim Sprechen</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Psychische Behinderung</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Lernbehinderung</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>viele Behinderungen gleichzeitig</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Ich weiß es nicht</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Was noch?</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	Körperliche Behinderung	<input type="checkbox"/>	Geistige Behinderung	<input type="checkbox"/>	Behinderung der Sinnesorgane (zum Beispiel: Auge, Ohr)	<input type="checkbox"/>	Behinderung beim Sprechen	<input type="checkbox"/>	Psychische Behinderung	<input type="checkbox"/>	Lernbehinderung	<input type="checkbox"/>	viele Behinderungen gleichzeitig	<input type="checkbox"/>	Ich weiß es nicht	<input type="checkbox"/>	Was noch?	
<input type="checkbox"/>	Körperliche Behinderung																		
<input type="checkbox"/>	Geistige Behinderung																		
<input type="checkbox"/>	Behinderung der Sinnesorgane (zum Beispiel: Auge, Ohr)																		
<input type="checkbox"/>	Behinderung beim Sprechen																		
<input type="checkbox"/>	Psychische Behinderung																		
<input type="checkbox"/>	Lernbehinderung																		
<input type="checkbox"/>	viele Behinderungen gleichzeitig																		
<input type="checkbox"/>	Ich weiß es nicht																		
<input type="checkbox"/>	Was noch?																		
<p>4. Wen liebst Du?</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Männer</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Frauen</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Beide</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Keinen von Beiden</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Wen noch?</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	Männer	<input type="checkbox"/>	Frauen	<input type="checkbox"/>	Beide	<input type="checkbox"/>	Keinen von Beiden	<input type="checkbox"/>	Wen noch?									
<input type="checkbox"/>	Männer																		
<input type="checkbox"/>	Frauen																		
<input type="checkbox"/>	Beide																		
<input type="checkbox"/>	Keinen von Beiden																		
<input type="checkbox"/>	Wen noch?																		



**5. Hast Du einen Partner?
Hast Du eine Partnerin?**

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ich weiß es nicht



6. Hast Du Kinder?

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

7. Wie wohnst Du?

<input type="checkbox"/>	in einer eigenen Wohnung
<input type="checkbox"/>	in einer Wohn-Gemeinschaft
<input type="checkbox"/>	in einer Außen-Wohngruppe
<input type="checkbox"/>	in einer Wohnstätte
<input type="checkbox"/>	bei meinen Eltern oder bei Verwandten (zum Beispiel: Onkel oder Tante)
<input type="checkbox"/>	Wie noch? <input type="text"/>



8. Hast Du ein Zimmer nur für Dich alleine?

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



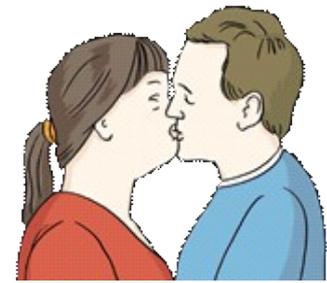
**9. Was stimmt für Dich?
Bei „JA“ mach ein Kreuz.**

<input type="checkbox"/>	Ich kann mein Zimmer zuschließen
<input type="checkbox"/>	Meine Freunde dürfen mich besuchen
<input type="checkbox"/>	Wenn mich jemand besucht, klopft er oder sie an die Tür
<input type="checkbox"/>	Mein Partner oder meine Partnerin darf bei mir schlafen
<input type="checkbox"/>	In meinem Zimmer stört mich niemand
<input type="checkbox"/>	Nichts davon stimmt



10. Was ist Sexualität für Dich?

<input type="checkbox"/>	Auf den Mund küssen
<input type="checkbox"/>	Jemanden berühren
<input type="checkbox"/>	Dich selbst streicheln
<input type="checkbox"/>	Jemanden lieben
<input type="checkbox"/>	Geschlechtsverkehr
<input type="checkbox"/>	Was noch?



11. Wie findest Du es, über Liebe, Partnerschaft und Sexualität zu sprechen?

<input type="checkbox"/>	Unangenehm
<input type="checkbox"/>	Angenehm



12. Hat mit Dir schon jemand über Liebe und Partnerschaft gesprochen? Wenn ja, wer?

<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja. Wer?



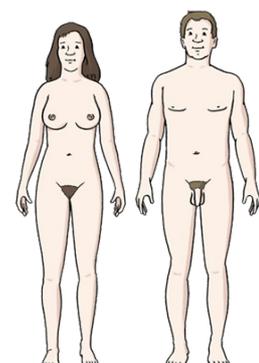
13. Hat mit Dir schon jemand über Sexualität gesprochen? Wenn ja, wer?

<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja. Wer?



14. Hat mit Dir schon jemand darüber gesprochen, wie dein Körper funktioniert? Wenn ja, wer?

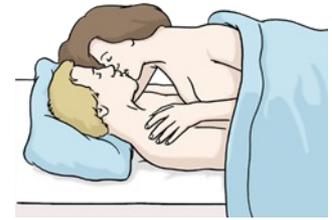
<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja. Wer?





15. Wen fragst Du, wenn Du etwas über Sexualität wissen möchtest?

<input type="checkbox"/>	Partner oder Partnerin
<input type="checkbox"/>	Freunde
<input type="checkbox"/>	Eltern, Verwandte
<input type="checkbox"/>	Assistent oder Assistentin
<input type="checkbox"/>	Lehrer oder Lehrerin
<input type="checkbox"/>	Arzt oder Ärztin
<input type="checkbox"/>	Wen noch? _____



16. Wo findest Du Informationen, wenn Du Fragen hast?

<input type="checkbox"/>	Beratungs-Stelle
<input type="checkbox"/>	Internet
<input type="checkbox"/>	Zeitschriften/ Bücher
<input type="checkbox"/>	Fernsehen
<input type="checkbox"/>	Wo noch? _____



17. Hast Du in der Schule mit deinen Lehrern oder Lehrerinnen über Sex gesprochen?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ich weiß es nicht



18. Was willst Du über Sex und Liebe wissen?

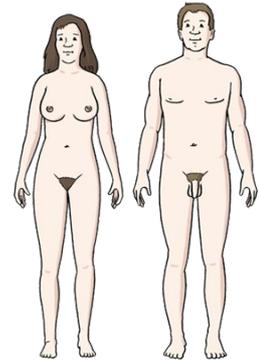
<input type="checkbox"/>	Wie finde ich einen Partner oder Partnerin?
<input type="checkbox"/>	Wie funktioniert mein Körper?
<input type="checkbox"/>	Wie mache ich Sex?
<input type="checkbox"/>	Wie bekomme ich Kinder?
<input type="checkbox"/>	Wie schütze ich mich vor Gewalt?
<input type="checkbox"/>	Wie verhüte ich richtig?
<input type="checkbox"/>	Ich fühle mich gut informiert
<input type="checkbox"/>	Was noch? _____





19. Weißt Du, was Selbst-Befriedigung ist?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ich weiß es nicht



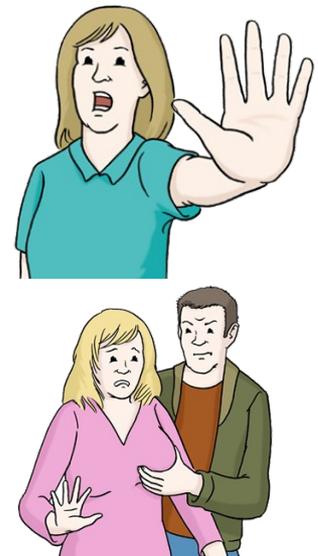
20. Weißt Du, was Sexual-Begleitung ist?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ich weiß es nicht



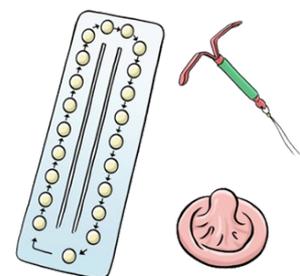
**21. Wurdest Du schon einmal belästigt?
Hat Dich schon einmal ein anderer Mensch angefasst.
Aber Du wolltest das nicht?**

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ich weiß es nicht



22. Welche Verhütungs-Mittel kennst Du?

-	
-	
-	
-	
-	





**23. Bist Du sterilisiert?
Dann kannst Du Sex haben.
Aber Du kannst
keine Kinder bekommen.**

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ich weiß es nicht

**24. Wenn ja, hast Du Dich
für eine Sterilisation entschieden?**

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ich weiß es nicht



**25. Was macht es Dir schwer,
jemanden zu lieben?**

<input type="checkbox"/>	Ich weiß nicht, wie das funktioniert
<input type="checkbox"/>	Ich darf keinen Partner oder keine Partnerin haben
<input type="checkbox"/>	Ich finde keinen Partner oder Partnerin
<input type="checkbox"/>	Mein Partner oder meine Partnerin darf nicht bei mir übernachten
<input type="checkbox"/>	Nichts. Ich bin zufrieden
<input type="checkbox"/>	Was noch?



**26. Was brauchst Du,
um jemanden zu lieben?**

<input type="checkbox"/>	Jemanden, mit dem ich reden kann
<input type="checkbox"/>	eine Partnerin oder einen Partner
<input type="checkbox"/>	mein eigenes Zimmer oder meine eigene Wohnung
<input type="checkbox"/>	meine Eltern sollen wie gute Freunde sein und mir helfen
<input type="checkbox"/>	Ich weiß nicht, wie das funktioniert
<input type="checkbox"/>	Was noch?





27. Mit wem hast Du den Frage-Bogen ausgefüllt?

<input type="checkbox"/>	allein
<input type="checkbox"/>	mit Assistent oder Assistentin
<input type="checkbox"/>	mit Eltern
<input type="checkbox"/>	mit Verwandten oder Freunden
<input type="checkbox"/>	Mit wem? <input style="width: 100px;" type="text"/>



Vielen Dank für Deine Unterstützung!

Sie können den ausgefüllten Fragebogen per Post an uns schicken.

Hier ist die Adresse:

pro familia „Projekt Teilhabe“

Paul Berthold

Strehleener Str. 12-14

01069 Dresden



Sie können den ausgefüllten Fragebogen per E-Mail an uns schicken.

Hier ist die Adresse:

paul.berthold@profamilia.de



Mit freundlicher Unterstützung durch:



Büro für Leichte Sprache Lebenshilfe Sachsen e.V.

