

DDbi Demografische Daten (bilingual)**Background Information**

Datum: _____

Persönliche Angaben/Personal Information	Vorname/First Name: _____	Name/Last Name: _____
	Geschlecht Gender: <input type="checkbox"/> Männlich/Male <input type="checkbox"/> Weiblich/Female	Familienstand Marital Status: <input type="checkbox"/> unverheiratet/single <input type="checkbox"/> Partnerschaft, verlobt/married, engaged <input type="checkbox"/> verwitwet/widowed
	Alter/Age: _____ Jahre/years	Geburtsdatum/Date of Birth: _____
	Hast du Kinder? Do you have children? Anzahl Töchter (Alter)/Number (Age) of daughters: _____	Wo leben deine Kinder? Where do your children live? _____
	Anzahl Söhne (Alter)/Number (Age) of sons: _____	
	Staatsangehörigkeit/Citizenship, Nationality: _____	Gebiet (Wohnort näher beschrieben)/State, Territory: _____
Seit wann bist du von zuhause weg? How long have you been away from home? _____ Wochen/Monate/Jahre Weeks/Month/Years	Seit wann bist du in Deutschland? How long have you been in Germany? _____ Wochen/Monate/Jahre Weeks/Month/Years	
Familie/Family	Leben deine Eltern noch? Are your parents still living?	<input type="checkbox"/> Ja/Yes <input type="checkbox"/> Nein, /No, <input type="checkbox"/> Mutter /Mother <input type="checkbox"/> Vater /Father
	Hast du Kontakt zu deinen Eltern? Do you still have contact with your parents?	<input type="checkbox"/> Ja/Yes <input type="checkbox"/> Nein, /No, <input type="checkbox"/> Mutter /Mother <input type="checkbox"/> Vater /Father
	Wo leben deine Eltern? /Where do your parents live?	Vater/Father: _____ Mutter/Mother: _____
	Wie viele Geschwister hast du? How many brothers/sisters do you have?	Anzahl Schwestern/Number of sisters: ____ Anzahl Brüder/Number of brothers: ____
	Hast du (sonst noch) Familie in Deutschland? Do you have any other family members in Germany?	<input type="checkbox"/> Nein/No <input type="checkbox"/> Ja/Yes _____ <input type="checkbox"/> auch Kontakt/also contact with them
Rel.	Welchen Glauben hast du? Which religion/faith do you practice?	_____
	Gesundheit/Health	Hast du eine Krankheit? (Ja – Erkläre/Beschreibe sie bitte.) Do you have an illness/disease? (Yes - Please explain/list it.)
Hast du eine körperliche Behinderung? (Ja – Erkläre/Beschreibe sie bitte.) Do you have a physical disability/handicap? (Yes - Please explain/list it.)		<input type="checkbox"/> Nein/No <input type="checkbox"/> Ja/ Yes, und zwar _____

Medikamente/ Medication	<p>Musstest du zuhause Medikamente (z.B. Tabletten oder Spritzen) nehmen? (Ja – Nenne sie bitte. Wie heißen die?) <i>Did you have to take medication at home (for example tablets/pills or shots?) (Yes - Please explain/list it.)</i></p>	<input type="checkbox"/> Nein/No <input type="checkbox"/> Ja/ Yes, und zwar _____
	<p>Wogegen sollte das Medikament helfen? Wofür war es? <i>Why did you have to take medication?</i></p>	_____
	<p>Musst du das Medikament immer noch nehmen? <i>Do you still have to take the medication?</i></p>	<input type="checkbox"/> Nein/No <input type="checkbox"/> Ja/ Yes, und zwar _____ Tag/Woche <i>a Day/Week</i>
	<p>Hast du eine Allergie, verträgst du etwas nicht gut? (Z.B. Hautreizungen, Nahrungsmittelunverträglichkeiten) <i>Do you have any allergies? Do you have (skin) reactions to anything (for example food)?</i></p>	<input type="checkbox"/> Nein/No <input type="checkbox"/> Ja/ Yes, und zwar _____
Drogen und Alkohol/Drugs and Alcohol	<p>Hast du schon mal Alkohol getrunken? <i>Have you ever tried alcohol?</i></p>	<input type="checkbox"/> Nein/No <input type="checkbox"/> Ja/Yes
	<p>Wie oft trinkst du Alkohol? <i>How often do you drink alcohol?</i></p>	<input type="checkbox"/> Nicht regelmäßig/Not regularly <input type="checkbox"/> _____ Tag/Woche/Monat <i>a Day/Week/Month</i>
	<p>Rauchst du (Zigaretten)? <i>Do you smoke (cigarettes)?</i></p>	<input type="checkbox"/> Nein/No <input type="checkbox"/> Ja/ Yes, _____ Tag/Woche <i>a Day/Week</i>
	<p>Hast du schon mal eine Droge ausprobiert? (z.B. Marihuana geraucht, Pillen genommen, sich etwas gespritzt) <i>Have you ever used other drugs? (for example smoking marijuana, pills, injecting)</i></p>	<input type="checkbox"/> Nein/No <input type="checkbox"/> Ja/ Yes, und zwar _____
	<p>Wie oft nimmst du diese Drogen? <i>How often do you use drugs?</i></p>	<input type="checkbox"/> Nicht regelmäßig/Not regularly <input type="checkbox"/> _____ Tag/Woche/Monat <i>a Day/Week/Month</i>
Bildung/Schooling	<p>Warst du in der Schule? <i>Have you ever been to a school?</i></p>	<input type="checkbox"/> Nein/No <input type="checkbox"/> Ja, und zwar _____ Jahre
	<p>Hast du einen Beruf gelernt? <i>Have you ever done a job training?</i></p>	<input type="checkbox"/> Nein/No <input type="checkbox"/> Ja/ Yes, und zwar _____
	<p>Hast du schon mal etwas gearbeitet? <i>Do you have any work experience? Have you ever had a job?</i></p>	<input type="checkbox"/> Nein/No <input type="checkbox"/> Ja/ Yes, und zwar _____



Dieses Material steht unter der Creative-Commons-Lizenz Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International. Um eine Kopie dieser Lizenz zu sehen, besuchen Sie

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

