

# Swiss Sex and Gender Questionnaire

Vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Forschung zu Geschlechter und Rollen teilzunehmen.

Der folgende Survey wird ungefähr 5 Minuten in Anspruch nehmen.

---

Sind sie als Mann oder als Frau geboren?

- Mann  
 Frau

---

Sind/waren Sie alleinerziehend?

- Ja  
 Nein  
 Ich habe keine Kinder

---

Wie ist ihr Familienstand?

(Wählen Sie nur eine Antwort aus)

- Verheiratet, mit Ehepartner zusammenlebend  
 Verheiratet, dauernd getrennt lebend  
 eingetragene gleichgeschlechtliche Partnerschaft, zusammenlebend  
 eingetragene gleichgeschlechtliche Partnerschaft, getrennt lebend  
 ledig, feste Partnerschaft  
 ledig, alleine lebend  
 geschieden / Partnerschaft aufgehoben  
 verwitwet / Lebenspartner/-in verstorben

---

Welchen Bildungsabschluss haben Sie erworben? Kreuzen Sie bitte nur den höchsten erworbenen Abschluss an.

- Keinen Abschluss  
 Abschluss Sekundarstufe I  
 Lehr- / Berufsabschluss, Fachmaturitätsabschluss, Matura  
 Studium an Hochschule, Fachhochschule oder Universität

---

Bringen Sie das grösste Einkommen in Ihren Haushalt?

- Ja  
 Nein  
 Die Partner tragen in etwa zu gleichen Teilen bei  
 Ich lebe allein

---

Sind Sie in Ihrem Haushalt die hauptverantwortliche Person für die anfallende Hausarbeit?

- Ja  
 Nein  
 Die Partner tragen in etwa zu gleichen Teilen bei  
 Ich lebe allein

---

Auf einer Skala von 1 bis 10, wie sehr sind Sie im häuslichen Bereich gestresst?

- (1)    (2)    (3)    (4)  
 (5)    (6)    (7)    (8)  
 (9)    (10)

(1) = Kein Stress, (10) = Maximaler Stress

---

In welchem Masse sind Sie für die Pflege oder Erziehung von Kindern bzw. Enkelkindern und/oder die Versorgung anderer in Ihrem Haushalt lebenden Personen verantwortlich?

Ordnen Sie sich einer entsprechenden Zahl zu:

- Trifft nicht zu  
 Ich trage keine Verantwortung  
  
  
  
 Ich trage die volle Verantwortung

**Bewerten Sie bitte auf einer Skala von 1 bis 7, inwiefern die folgenden Beschreibungen auf Sie zutreffen.**

**(1) = Stimmt nie oder fast nie**

**(7) = Stimmt (fast) immer**

**Ich bin jemand, der...**

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
... seine eigene Meinung verteidigt.	<input type="radio"/>						
... Führungsqualitäten besitzt.	<input type="radio"/>						
... unabhängig ist.	<input type="radio"/>						
... risikobereit ist.	<input type="radio"/>						
... positiv eingestellt ist.	<input type="radio"/>						
... durchsetzungsfähig ist.	<input type="radio"/>						
... starke Persönlichkeit hat.	<input type="radio"/>						
... bereit ist, Position zu beziehen.	<input type="radio"/>						
... energiegelockt ist.	<input type="radio"/>						
... aggressiv ist.	<input type="radio"/>						

Wenn Sie sich selbst einschätzen: Haben Sie nur männliche oder nur weibliche Züge oder von beiden etwas?

- (1)  
 (2)  
 (3)  
 (4)  
 (5)  
 (6)  
 (7)

Ordnen Sie sich eine entsprechende Zahl zu:

(1) = eher männliche Züge

(7) = eher weibliche Züge

Ich empfinde mich selbst als...

Sind Sie in der Menopause?

- Ja  
 Nein

Seit wann sind Sie in der Menopause?

- Seit unter 1 Jahr  
 Seit 1-5 Jahr  
 Seit über 5 Jahr  
 Seit über 10 Jahr

Haben/Hatten Sie Wechseljahr-bedingte Hitzewallungen und/oder Schwitzen?

- Ja, aktuell  
 Ja, früher  
 Nein

Waren/sind Sie unter Hormonersatztherapie (weibliche Hormone) z.B. aufgrund Pubertätseinleitung, Eierstockentfernung, Störungen der Hirnanhangsdrüse, menopausaler Beschwerden)

- Ja, aktuell  
 Ja, früher  
 Nein

Wieviele Schwangerschaften hatten Sie?

0  
 1  
 2  
 3  
 4  
 5 oder mehr

Traten bei Ihnen Schwangerschaftskomplikationen auf?

Nein  
 Schwangerschaftsdiabetes  
 Schwangerschaftsbluthochdruck/Präeklampsie  
 Fehlgeburt  
 Andere

Bitte beschreiben Sie Ihre Schwangerschaftskomplikationen.

\_\_\_\_\_

Alter bei der ersten Regelblutung?

< 12  
 12 - 15  
 >15

Nehmen oder nahmen Sie früher hormonelle Verhütungsmittel?

	Früher	Aktuell
Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kombinierte Pille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Progestron-Pille/Minipille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflaster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implanon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NUVA Ring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormon-Spirale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leiden Sie an einem polyzystischen Ovarialsyndrom (PCOS)?

Ja  
 Nein

Nehmen/nahmen Sie Hormone im Rahmen einer Fruchtbarkeitsbehandlung?

Nein  
 Ja, früher  
 Ja, aktuell

Sind/waren Sie wegen Brustkrebs oder Gebärmutterkörperkrebs unter antihormoneller Behandlung (z.B. Tamoxifen, Aromatasehemmer)?

Nein  
 Ja, früher  
 Ja, aktuell

Verwenden/Verwendeten Sie Testosteronpräparate?

Nein  
 Ja, früher  
 Ja, aktuell

Sind/waren Sie unter Hormontherapie (Androgenentzugs-Behandlung) wegen Prostatakarzinom?

Nein  
 Ja, früher  
 Ja, aktuell

Nehmen/nahmen Sie Potenzmittel wegen Erektionsstörungen (z.B. Vigara®, Cialis®)?

Nein  
 Ja, früher  
 Ja, aktuell