

## Umfrage zur Sicherheitslage in unserer Stadt

### Sinsheimer Bürgerinnen und Bürger sagen Ihre Meinung

1. In welchem Stadt- oder Ortsteil wohnen Sie? Bitte ankreuzen:		
1 <input type="checkbox"/> Sinsheim - Kernstadt	6 <input type="checkbox"/> Eschelbach - Stadtteil	11 <input type="checkbox"/> Rohrbach - Stadtteil
2 <input type="checkbox"/> Sinsheim „Süd/Ost“	7 <input type="checkbox"/> Hasselbach - Stadtteil	12 <input type="checkbox"/> Steinsfurt - Stadtteil
3 <input type="checkbox"/> Adersbach - Stadtteil	8 <input type="checkbox"/> Hilsbach – Stadtteil	13 <input type="checkbox"/> Waldangelloch - Stadtteil
4 <input type="checkbox"/> Dühren - Stadtteil	9 <input type="checkbox"/> Hoffenheim - Stadtteil	14 <input type="checkbox"/> Weiler - Stadtteil
5 <input type="checkbox"/> Ehrstädt - Stadtteil	10 <input type="checkbox"/> Reihen - Stadtteil	

2. In einem Stadt- oder Ortsteil oder einer Gemeinde könnte man verschiedene Dinge als problematisch wahrnehmen. Wie ist das in Ihrem Stadt- oder Ortsteil? Kreuzen Sie bitte für jeden der hier aufgeführten Punkte an, inwieweit Sie das in **Ihrem Stadt- oder Ortsteil** heute als Problem ansehen:

	Kein Problem	Ein geringes Problem	Ein ziemliches Problem	Ein großes Problem
	1	2	3	4
2.1 Sich langweilende und nichtstuende Jugendliche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 fliegende Händler, Haustürgeschäfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 Drogenabhängige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 Betrunkene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5 undiszipliniert fahrende Autofahrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6 Ausländerfeindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7 Rechtsradikalismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8 Fremdenfeindliche Demonstrationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.9 Gruppen alkoholisierter Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.10 aggressives Betteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.11 Sexualisierte Herabwürdigung und verbale Demütigungen von Frauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.12 Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.13 Migranten, die schon sehr lange in Deutschland leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.14 Asylsuchende, die in den letzten Jahren nach Sinsheim kamen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Und wie bewerten Sie folgende Punkte?</b>				
2.15 besprühte/beschmierte Hauswände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.16 Schmutz/Müll in den Straßen oder Grünanlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.17 Diebstahl, Sachbeschädigung, Gewalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.18 falsch oder behindernd parkende Autos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.19 die zunehmende Kluft zwischen Arm und Reich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.20 fehlender billiger Wohnraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.21 Parallelgesellschaften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.22 Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.1 Wann haben Sie das letzte Mal eine Polizeistreife <b>in Ihrem Stadt- oder Ortsteil</b> gesehen?	
heute oder gestern	<input type="checkbox"/> 1
im Laufe der vergangenen Woche	<input type="checkbox"/> 2
vor mehr als einer Woche	<input type="checkbox"/> 3
vor mehr als einem Monat	<input type="checkbox"/> 4
noch nie	<input type="checkbox"/> 5

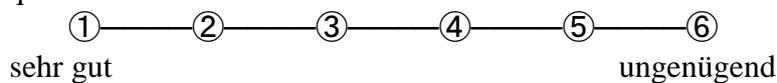
3.2 Wann haben Sie das letzte Mal eine Streife des Gemeindevollzugsdienstes **in Ihrem Stadt- oder Ortsteil** gesehen?

- heute oder gestern  1  
 im Laufe der vergangenen Woche  2  
 vor mehr als einer Woche  3  
 vor mehr als einem Monat  4  
 noch nie  5

4.1 Wie würden Sie die **Lebensqualität** in Ihrem **Stadt- oder Ortsteil** insgesamt bewerten. Bitte kreuzen Sie den entsprechenden Wert auf der Skala mit den Schulnoten an. Die Lebensqualität ist:



4.2 Und wie würden Sie die **Lebensqualität** in **Sinsheim** selbst, also in Ihrer Stadt, bewerten? Bitte kreuzen Sie den entsprechenden Wert auf der Skala mit den Schulnoten an. Die Lebensqualität ist:



5. Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem Stadt- oder Ortsteil?

- sehr sicher  1  
 ziemlich sicher  2  
 ziemlich unsicher  3  
 sehr unsicher  4

6. Kreuzen Sie bitte das für Sie Zutreffende an!

	Sehr oft (Fast jeden Tag) 1	oft (mind. einmal pro Woche) 2	manchmal (alle 14 Tage oder seltener) 3	nie 4
6.1 Wie oft denken Sie daran, selbst Opfer einer Straftat zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 Wie oft haben Sie nachts draußen alleine in <b>Ihrem Stadt- oder Ortsteil</b> Angst, Opfer einer Straftat zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 Gibt es - außerhalb Ihres Stadt- oder Ortsteils - eine andere Gegend in Ihrer Gemeinde, wo Sie sich möglicherweise fürchten oder fürchten würden? <b>Wenn ja:</b> welcher Stadt- oder Ortsteil ist das? (Mehrfachnennungen möglich)				
1 <input type="checkbox"/> Sinsheim - Kernstadt	6 <input type="checkbox"/> Eschelbach - Stadtteil	11 <input type="checkbox"/> Rohrbach - Stadtteil		
2 <input type="checkbox"/> Sinsheim „Süd/Ost“	7 <input type="checkbox"/> Hasselbach - Stadtteil	12 <input type="checkbox"/> Steinsfurt - Stadtteil		
3 <input type="checkbox"/> Adersbach - Stadtteil	8 <input type="checkbox"/> Hilsbach - Stadtteil	13 <input type="checkbox"/> Waldangelloch - Stadtteil		
4 <input type="checkbox"/> Dühren - Stadtteil	9 <input type="checkbox"/> Hoffenheim - Stadtteil	14 <input type="checkbox"/> Weiler - Stadtteil		
5 <input type="checkbox"/> Ehrstädt - Stadtteil	10 <input type="checkbox"/> Reichen - Stadtteil			

7. Haben Sie ganz generell Ihre Freizeitaktivitäten in den letzten 12 Monaten eingeschränkt aus Angst davor, Sie könnten Opfer einer Straftat werden, z.B. indem Sie bestimmte Gegenden nicht mehr aufsuchen oder abends nicht mehr alleine ausgehen?

- ja  1  
 nein  2

8. Bitte versuchen Sie sich an das letzte Mal zu erinnern, als Sie nach Einbruch der Dunkelheit **in Ihrem Stadt- oder Ortsteil** unterwegs waren, aus welchen Gründen auch immer. Haben Sie dabei gewisse Straßen oder Örtlichkeiten gemieden, um zu verhindern, dass Ihnen etwas passieren könnte?

- ja  1  
 nein  2

9. Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Ihnen persönlich folgende Dinge <b>in Ihrem Stadt- oder Ortsteil</b> im Laufe der <b>nächsten 12 Monate</b> tatsächlich passieren werden?	Gar nicht wahrscheinlich 1	Wenig wahrscheinlich 2	Ziemlich wahrscheinlich 3	Sehr wahrscheinlich 4
9.1 Durch einen Verkehrsunfall verletzt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2 Von irgendjemand angepöbelt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3 Von irgendjemand geschlagen und verletzt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4 Von einem Einbruch (Wohnung/Haus) betroffen zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5 Überfallen und beraubt zu werden (Diebstahl unter Gewaltanwendung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.6 Bestohlen zu werden (Diebstahl ohne Gewaltanwendung und nicht Wohnungseinbruch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.7 Vergewaltigt oder sexuell angegriffen zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.8 Sexuell belästigt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Im Folgenden werden Ihnen einige Fragen zu Straftaten gestellt, die **Ihnen oder anderen Mitgliedern Ihres Haushalts** während der vergangenen 12 Monate widerfahren sein könnten. Es ist manchmal schwierig, sich genauer an derartige Vorfälle zu erinnern. Bitte denken Sie sorgfältig darüber nach und kreuzen Sie die zutreffende Antwort an.

10.1 Wurde Ihnen oder anderen Mitgliedern Ihres Haushalts während der letzten 12 Monate einer Ihrer <b>Personenwagen, Kombi oder Kleintransporter</b> gestohlen?	Ja <input type="checkbox"/> 1	Haben Sie die Straftat angezeigt? Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2
	Nein <input type="checkbox"/> 2	
	Wir besaßen keines dieser Fahrzeuge <input type="checkbox"/>	
10.2 Wurde Ihnen oder anderen Mitgliedern Ihres Haushalts während der letzten 12 Monate Ihr <b>Motorrad, Moped oder Mofa</b> gestohlen?	Ja <input type="checkbox"/> 1	Haben Sie die Straftat angezeigt? Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2
	Nein <input type="checkbox"/> 2	
	Wir besaßen keines dieser Fahrzeuge <input type="checkbox"/>	
10.3 Wurde Ihnen oder anderen Mitgliedern Ihres Haushalts während der letzten 12 Monate ein <b>Fahrrad</b> gestohlen?	Ja <input type="checkbox"/> 1	Haben Sie die Straftat angezeigt? Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2
	Nein <input type="checkbox"/> 2	
	Wir besaßen kein Fahrrad <input type="checkbox"/>	
10.4 Wurde Ihnen oder anderen Mitgliedern Ihres Haushalts während der letzten 12 Monate ein <b>Autoradio oder sonst etwas, das im Auto zurückgelassen wurde</b> , oder ein <b>Teil des Autos</b> (wie etwa Seitenspiegel oder Reifen) <b>gestohlen</b> ?	Ja <input type="checkbox"/> 1	Haben Sie die Straftat angezeigt? Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2
	Nein <input type="checkbox"/> 2	
	Wir besaßen kein Auto <input type="checkbox"/>	
10.5 Von Diebstählen abgesehen, ist irgendein <b>Auto</b> Ihres Haushalts während der letzten 12 Monate <b>absichtlich beschädigt oder zerstört worden</b> ?	Ja <input type="checkbox"/> 1	Haben Sie die Straftat angezeigt? Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2
	Nein <input type="checkbox"/> 2	
	Wir besaßen kein Auto <input type="checkbox"/>	
10.6 Von Diebstählen aus Garagen, Gartenschuppen und Kellern abgesehen, ist es während der letzten 12 Monate vorgekommen, dass <b>jemand ohne Erlaubnis in Ihre Wohnräume eingedrungen ist und dort etwas gestohlen hat oder zu stehlen versucht hat</b> ?	Ja <input type="checkbox"/> 1	Haben Sie die Straftat angezeigt? Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2
	Nein <input type="checkbox"/> 2	
10.7 Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate einmal sichere Anzeichen	Ja <input type="checkbox"/> 1	Haben Sie

dafür bemerkt, dass <b>jemand erfolglos versuchte, in Ihre Wohnräume einzudringen</b> ? Das heißt, haben Sie einmal bemerkt, dass ein Schloss oder eine Tür aufgebrochen, eine Scheibe eingeschlagen war, oder dass die Tür um das Schloss herum zerkratzt war?	Nein <input type="checkbox"/> 2	die Straftat angezeigt? Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2
Nachfolgend werden Ihnen noch einige Fragen zu Delikten gestellt, die <b>Ihnen persönlich</b> passiert sind. Vorfälle, die sich gegen andere Mitglieder Ihres Haushalts gerichtet haben, sollen hier nicht angegeben werden.		
10.8 Wurde <b>Ihnen persönlich</b> während der letzten 12 Monate absichtlich irgendwann einmal Ihr <b>Eigentum beschädigt oder zerstört</b> ? Dies betrifft nicht die Beschädigungen an einem Ihrer Autos.	Ja <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Haben Sie die Straftat angezeigt? Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2
	Nein <input type="checkbox"/> 2	
10.9 Ist es <b>Ihnen persönlich</b> während der letzten 12 Monate passiert, dass <b>jemand mit Gewalt oder unter Androhung von Gewalt Ihnen etwas entrisen hat oder zu entreißen versucht hat</b> (Raub)?	Ja <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Haben Sie die Straftat angezeigt? Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2
	Nein <input type="checkbox"/> 2	
10.10 Außer Raub gibt es viele andere Arten von <b>Diebstahl persönlichen Eigentums</b> , wie beispielsweise Taschendiebstahl, Diebstahl von Geldbörsen, Brieftaschen, Kleidungsstücken, Schmuck oder Sportartikeln, sei es am Arbeitsplatz, in Schulen, in Gaststätten, auf der Straße oder an einem anderen Ort. Sind <b>Sie persönlich</b> während der letzten 12 Monate das Opfer eines solchen Delikts geworden?	Ja <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Haben Sie die Straftat angezeigt? Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2
	Nein <input type="checkbox"/> 2	
10.11 Ist es <b>Ihnen persönlich</b> während der letzten 12 Monate einmal passiert, dass man Sie <b>tätlich angegriffen oder in einer Art bedroht hat, dass Sie wirklich Angst hatten</b> , zum Beispiel zu Hause oder in einem Lokal, auf der Strasse, in der Schule oder am Arbeitsplatz?	Ja <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Haben Sie die Straftat angezeigt? Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2
	Nein <input type="checkbox"/> 2	
10.12 Ist es <b>Ihnen persönlich</b> während der letzten 12 Monate einmal passiert, dass <b>Sie jemand in sexueller Absicht übergriffig angefasst hat</b> ? Das kann zu Hause oder anderswo vorgekommen sein, etwa in einem Lokal, auf der Straße, in der Schule oder am Arbeitsplatz?	Ja <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Haben Sie die Straftat angezeigt? Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2
	Nein <input type="checkbox"/> 2	
10.13 Würden Sie diesen Vorfall als eine Vergewaltigung, eine versuchte Vergewaltigung, einen sexuellen Angriff oder lediglich als Respektlosigkeit bezeichnen?	Vergewaltigung <input type="checkbox"/> 1 Versuchte Vergewalt. <input type="checkbox"/> 2 Sexueller Angriff <input type="checkbox"/> 3 Respektlosigkeit <input type="checkbox"/> 4	

11. Jeder Mensch hat ja bestimmte Vorstellungen, die sein Leben und Denken bestimmen. Für uns sind Ihre Vorstellungen wichtig. Wenn Sie einmal daran denken, welche Ziele **Sie in Ihrem Leben eigentlich anstreben**: Wie wichtig sind Ihnen dann die Ziele und Lebenseinstellungen, die wir hier aufgeschrieben haben? Bitte schauen Sie sich die einzelnen Punkte an und kreuzen Sie jeweils auf der Skala von 1 bis 7 an, wie wichtig Ihnen das ist. "Sieben" bedeutet, dass es für Sie sehr wichtig ist, und "eins" bedeutet, dass es für Sie ganz unwichtig ist. Mit den Werten dazwischen können Sie die Wichtigkeit der einzelnen Punkte abstufen.

	Das ist für mich <b>ganz unwichtig</b>				Das ist für mich <b>ganz wichtig</b>		
Gesetz und Ordnung respektieren	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Einen hohen Lebensstandard haben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Macht und Einfluss haben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Seine eigene Phantasie und Kreativität entwickeln	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

	Das ist für mich <b>ganz unwichtig</b>				Das ist für mich <b>ganz wichtig</b>		
Nach Sicherheit streben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozial benachteiligten Gruppen helfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich und seine Bedürfnisse gegen andere durchsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleißig und ehrgeizig sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auch solche Meinungen anerkennen, denen man eigentlich nicht zustimmen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich politisch engagieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die guten Dinge des Lebens genießen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigenverantwortlich leben und handeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das tun, was andere auch tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Am Althergebrachten festhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein gutes Familienleben führen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stolz sein auf die deutsche Geschichte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einen Partner haben, dem man vertrauen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gute Freunde haben, die einen anerkennen und akzeptieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viele Kontakte zu anderen Menschen haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsbewusst leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich bei seinen Entscheidungen von seinen Gefühlen leiten lassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von anderen Menschen unabhängig sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich umweltbewusst verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An Gott glauben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein gutes Gewissen haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Leben nach christlichen Normen und Werten ausrichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
So zu leben, dass der Mitmensch nicht geschädigt wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein aufregendes Leben führen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein bequemes, komfortables und behagliches Leben führen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Das ist für mich <b>ganz unwichtig</b>				Das ist für mich <b>ganz wichtig</b>		
Ein Leben mit viel Vergnügen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Ruhe und Harmonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hart und zäh sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnell Erfolg haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cleverer und gerissener zu sein als andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zivilcourage zeigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dem Mitmenschen mit Respekt begegnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verantwortung füreinander übernehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Welches Geschlecht haben Sie?

- männlich  1  
weiblich  2

13. Wie alt sind Sie?

- 14 bis 19 Jahre  1  
20 bis 29 Jahre  2  
30 bis 39 Jahre  3  
40 bis 49 Jahre  4  
50 bis 59 Jahre  5  
60 bis 69 Jahre  6  
70 bis 79 Jahre  7  
80 Jahre und älter  8

14. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

- Ich bin noch Schüler  1  
Hauptschulabschluss  2  
Mittlere Reife, Realschule  3  
Abitur, Fachhochschulreife  4  
Sonstiger Schulabschluss \_\_\_\_\_

15.1 Wurden Sie in Deutschland geboren?

- ja  1  
nein  2

15.2 Wurde Ihre Mutter in Deutschland geboren?

- ja  1  
nein  2

15.3 Wurde Ihr Vater in Deutschland geboren?

- ja  1  
nein  2

16. Ihre Ideen sind gefragt! – Bitte nennen Sie konkrete Verbesserungsmöglichkeiten und Anregungen zur **Verbesserung der Lebensqualität** in Sinsheim. Bitte geben Sie an, durch welche Maßnahmen die Lebensqualität verbessert werden kann – und in welchem Stadt- oder Ortsteil oder welcher Straße

<b>Maßnahme</b>	<b>Ort (Stadtteil, Ortsteil, Straße, ...)</b>

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen innerhalb der nächsten Woche in beiliegendem Freiumschlag an die Stadtverwaltung zurück.

**Vielen Dank für Ihre Hilfe.**