

Vor Ihrem 18. Geburtstag:

1. Hat ein Elternteil oder ein anderer Erwachsener in Ihrem Haushalt Sie **oft** oder **sehr oft**...
...beschimpft, beleidigt, erniedrigt oder gedemütigt?
oder
...so gehandelt, dass Sie Angst hatten, Sie könnten körperlich verletzt werden? Ja Nein
2. Hat ein Elternteil oder ein anderer Erwachsener in Ihrem Haushalt Sie **oft** oder **sehr oft**...
...gestoßen, gepackt, geschlagen oder etwas nach Ihnen geworfen?
oder
...Sie **jemals** so stark geschlagen, dass Sie Spuren davon aufwiesen oder verletzt wurden? Ja Nein
3. Hat ein Erwachsener oder eine Person, die mindestens 5 Jahre älter war Sie **jemals**...
...auf sexuelle Art und Weise angefasst oder gestreichelt oder Sie veranlasst deren
Körper in sexueller Art und Weise zu berühren?
oder
...oralen, analen oder vaginalen Geschlechtsverkehr versucht mit Ihnen zu haben oder
tatsächlich gehabt? Ja Nein
4. Haben Sie **oft** oder **sehr oft** empfunden, dass ...
...niemand in Ihrer Familie Sie liebte oder dachte, Sie seien wichtig oder etwas
Besonderes?
oder
...Ihre Familienangehörigen nicht aufeinander aufpassten, sich einander nicht nahe fühlten
oder sich gegenseitig nicht unterstützten? Ja Nein
5. Haben Sie **oft** oder **sehr oft** empfunden, dass ...
...Sie nicht genug zu essen hatten, Sie schmutzige Kleidung tragen mussten und niemanden
hatten, der Sie beschützte?
oder
...Ihre Eltern zu betrunken oder "high" waren, um sich um Sie zu kümmern oder Sie zum
Arzt zu bringen, wenn Sie es benötigten? Ja Nein
6. Verloren Sie **jemals** ein biologisches Elternteil durch Scheidung, dadurch, dass es Sie
verlassen hat, oder aus anderen Gründen? Ja Nein
7. Wurde Ihre Mutter oder Stiefmutter...
...**oft** oder **sehr oft** gestoßen, gepackt, geschlagen oder wurde etwas nach ihr geworfen?
oder
...**manchmal**, **oft** oder **sehr oft** getreten, gebissen, mit der Faust oder mit einem harten
Gegenstand geschlagen?
oder
...**jemals** über mindestens einige Minuten wiederholt geschlagen oder mit einer Pistole
oder einem Messer bedroht? Ja Nein
8. Haben Sie mit jemandem zusammengelebt, der Alkoholprobleme hatte, alkoholabhängig
war oder Drogen konsumierte? Ja Nein
9. War ein Mitglied Ihres Haushalts depressiv oder psychisch krank oder hat ein Mitglied
Ihres Haushalts einen Selbstmordversuch unternommen? Ja Nein
10. War ein Mitglied Ihres Haushalts im Gefängnis? Ja Nein