

Sharelife: 50+ in Europe End of life interview version 3.9.4b

XT104_ SEX OF DECEDENT

IWER:Notieren Sie das Geschlecht des Verstorbenen. Wenn Sie unsicher sind, fragen Sie nach.

1. Männlich
2. Weiblich

XT001_ INTRODUCTION TO EXIT INTERVIEW

[[Name der/des Verstorbenen]] nahm vor [seinem/ihrem] Tod an der "50+ in Europa" Studie teil. [Sein/Ihr] Beitrag war sehr wertvoll für uns. Es wäre sehr hilfreich, wenn wir etwas über das letzte Lebensjahr von [[Name der/des Verstorbenen]] erfahren könnten. Diese Information wird streng vertraulich behandelt und bleibt natürlich anonym.

1. Weiter

XT006_ PROXY RESPONDENT'S SEX

IWER:Das Geschlecht des/der Hinterbliebenen eingeben.

1. Männlich
2. Weiblich

XT002_ RELATIONSHIP TO THE DECEASED

Bevor wir mit den Fragen über das letzte Lebensjahr von [[Name der/des Verstorbenen]] beginnen, bitte ich Sie mir Ihre Beziehung zu [dem Verstorbenen/der Verstorbenen] zu beschreiben.

1. Ehemann, Ehefrau oder Lebensgefährtin/in
2. Sohn oder Tochter
3. Schwiegersohn oder Schwiegertochter
4. Sohn oder Tochter des Ehepartners/Lebensgefährten
5. Enkelkind
6. Bruder oder Schwester
7. Anderer Verwandter (angeben)
8. Anderer Nicht-Verwandter (angeben)

IF XT002_ (RELATIONSHIP TO THE DECEASED) = 7. Anderer Verwandter (angeben)

|

| XT003_ OTHER RELATIVE

|

| IWER:Art der Verwandtschaft angeben.

| _____

|

ENDIF

IF XT002_ (RELATIONSHIP TO THE DECEASED) = 8. Anderer Nicht-Verwandter (angeben)

|
| **XT004_ OTHER NO-RELATIVE**

| IWER:(Nicht-verwandtschaftliche) Beziehung zum/zur Verstorbenen angeben.

| _____
|
ENDIF

XT005_ HOW OFTEN CONTACT LAST TWELVE MONTHS

Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Lebensmonaten von [{Name der/des Verstorbenen}]
persönlich, telefonisch, schriftlich oder über Email Kontakt
mit [ihm/ihr]?

1. Täglich
2. Mehrmals pro Woche
3. Etwa einmal pro Woche
4. Etwa alle zwei Wochen
5. Etwa einmal im Monat
6. Weniger als einmal im Monat
7. Nie

XT007_ YEAR OF BIRTH PROXY

In welchem Jahr wurden Sie geboren?

_____ (1900..1990)

XT101_ CONFIRMATION DECEASED YEAR OF BIRTH

Lassen Sie uns über den Verstorbenen sprechen. Um sicherzugehen, dass wir die richtigen
Informationen über [ihn/sie] haben, können Sie mir
bestätigen, dass [er/sie] im [{Geburtsmonat des Verstorbenen} {Geburtsjahr des
Verstorbenen}] geboren wurde?

1. Ja
5. Nein

IF XT101_ (CONFIRMATION DECEASED YEAR OF BIRTH) = 5. Nein

|
| **XT102_ DECEASED MONTH OF BIRTH**

| In welchem Monat und in welchem Jahr wurde [{Name des Verstorbenen}]
geboren?MONAT: JAHR:

| IWER:Monat

- | 1. Januar
- | 2. Februar
- | 3. März
- | 4. April
- | 5. Mai
- | 6. Juni
- | 7. Juli
- | 8. August
- | 9. September

| 10. Oktober
| 11. November
| 12. Dezember

| **XT103_ DECEASED YEAR OF BIRTH**

| In welchem Monat und in welchem Jahr wurde [{Name des Verstorbenen}]
geboren?MONAT: [XT102_DecMonthBirthJAHR]:

| IWER:Jahr

| _____ (1900..2008)

| *ENDIF*

XT008_ MONTH OF DECEASE

Wir würden gerne Näheres über die Lebensverhältnisse von [{Name des Verstorbenen}]
wissen. In welchem Monat und Jahr ist [er/sie]

verstorben?MONAT: JAHR:

IWER:Monat

1. Januar
2. Februar
3. März
4. April
5. Mai
6. Juni
7. Juli
8. August
9. September
10. Oktober
11. November
12. Dezember

XT009_ YEAR OF DECEASE

In welchem Monat und JAHR ist [er/sie] verstorben?MONAT: [FL_XT009_2JAHR]:

IWER:Jahr

1. 2004
2. 2005
3. 2006
4. 2007
5. 2008
6. 2009

XT010_ AGE AT THE MOMENT OF DECEASE

Wie alt war [{Name der/des Verstorbenen}] als [er/sie] gestorben ist?

IWER:Alter in Jahren

_____ (20..120)

XT109_ DECEASED MARRIED AT TIME OF DEATH

War [{Name des Verstorbenen}] zum Zeitpunkt [seines/ihres] Todes verheiratet?

IWER:Verstorbener zum Zeitpunkt des Todes verheiratet

1. Ja
5. Nein

XT039_ NUMBER OF CHILDREN THE DECEASED HAD AT THE END

Wieviele noch lebende Kinder hatte [{Name der/des Verstorbenen}] zum Zeitpunkt [seines/ihrer] Todes? Bitte berücksichtigen Sie auch Adoptivkinder.

XT011_ THE MAIN CAUSE OF DEATH

Was war der Hauptgrund für [seinen/ihren] Tod?

IWER:Vorlesen, wenn nötig.

1. Krebs
2. Ein Herzinfarkt
3. Ein Schlaganfall
4. Andere Herzgefäßerkrankungen, wie Herzversagen, Herzrhythmusstörungen
5. Erkrankung der Atemwege
6. Erkrankungen des Verdauungstraktes wie Magen/Darmgeschwür, Entzündungskrankheiten der inneren Organe
7. Schwere Infektionskrankheit wie Lungenentzündung, Blutvergiftung oder Grippe
8. Unfall
97. Andere Todesursache (angeben)

IF XT011_ (THE MAIN CAUSE OF DEATH) = 97. Andere Todesursache (angeben)

| **XT012_ OTHER CAUSE OF DEATH**

| IWER:Andere Todesursache angeben

| _____
| *ENDIF*

IF XT011_ (THE MAIN CAUSE OF DEATH) <> 8. Unfall

| **XT013_ HOW LONG BEEN ILL BEFORE DECEASE**

| Wie lange war [{Name der/des Verstorbenen}] krank, bevor [er/sie] gestorben ist?

| IWER:Vorlesen

- | 1. Weniger als einen Monat
- | 2. Einen Monat oder länger, aber weniger als 6 Monate
- | 3. 6 Monate oder länger, aber weniger als ein Jahr
- | 4. Ein Jahr oder länger

| **XT014_ PLACE OF DYING**

| Wo ist [er/sie] gestorben?

| IWER:Vorlesen

- | 1. Bei sich zu Hause
- | 2. Bei jemand anderem zu Hause
- | 3. Im Krankenhaus
- | 4. In einem Pflegeheim
- | 5. In einem Altersheim oder einer betreuten Wohneinrichtung
- | 6. In einem Hospiz

| 97. Anderswo (angeben)

| *IF XT014_ (PLACE OF DYING) = 97. Anderswo (angeben)*

| | **XT045_ OTHER PLACE OF DYING**

| | IWER:Anderen Sterbeort angeben

| | _____

| *ENDIF*

| **XT015_ TIMES IN HOSPITAL LAST YEAR BEFORE DYING**

| Zu wie vielen verschiedenen Anlässen war [{Name der/des Verstorbenen}] in [seinem/ihrer] letzten Lebensjahr in einem Krankenhaus, einem Hospiz oder einem Pflegeheim untergebracht?

| IWER:Nicht vorlesen

- | 1. Niemals
- | 2. Ein- bis zweimal
- | 3. Drei- bis fünfmal
- | 4. Mehr als fünfmal

| *IF XT015_ (TIMES IN HOSPITAL LAST YEAR BEFORE DYING) > 1. Niemals*

| | **XT016_ TOTAL TIME IN HOSPITAL LAST YEAR BEFORE DYING**

| | Wie lange war [{Name der/des Verstorbenen}] in [seinem/ihrer] letzten Lebensjahr in Summe in Krankenhäusern, Hospizen oder Pflegeheimen untergebracht?

| | IWER:Nicht vorlesen

- | | 1. Weniger als eine Woche
- | | 2. Eine Woche oder länger, aber weniger als einen Monat
- | | 3. Einen Monat oder länger, aber weniger als 3 Monate
- | | 4. 3 Monate oder länger, aber weniger als 6 Monate
- | | 5. 6 Monate oder länger, aber weniger als ein Jahr
- | | 6. Ein ganzes Jahr lang

| *ENDIF*

| *ENDIF*

XT017_ INTRODUCTION EXPENSES MEDICAL CARE

Nun möchten wir Ihnen einige Fragen über die Ausgaben von [{Name der/des Verstorbenen}] stellen, die durch [seine/ihre] ärztliche Versorgung in den letzten 12 Lebensmonaten entstanden sind. Für jede der verschiedenen Arten von medizinischer Betreuung, die ich vorlesen werde, geben Sie bitte an, ob eine derartige Leistung in Anspruch genommen wurde. Falls ja, schätzen Sie bitte die Kosten ab, die dadurch entstanden sind. Bitte geben Sie dabei nur die Kosten an, die nicht von der Krankenversicherung bezahlt oder rückerstattet wurden.

1. Weiter

LOOP cnt:= 1 TO 8

|

| *IF cnt < 3 OR cnt > 5 OR XT015_ (TIMES IN HOSPITAL LAST YEAR BEFORE DYING)*

<> *1. Niemals*

||

|| **XT018_ HAD TYPE OF MEDICAL CARE IN THE LAST TWELVE MONTHS**

|| Hat [{Name der/des Verstorbenen}] [die Betreuung durch einen praktischen Arzt/die Betreuung durch einen Facharzt/die Betreuung in einem

|| Krankenhaus/die Betreuung in einem Pflegeheim/die Betreuung in einem Hospiz/die Versorgung mit Medikamenten/die Versorgung mit Heil- oder

|| Hilfsmitteln/professionelle Hauskrankenpflege oder Haushaltshilfe aufgrund von Behinderung] (in den letzten 12 Lebensmonaten) in Anspruch genommen?

|| IWER: Versorgung mit Heil- und Hilfsmittel beinhaltet keine Brillen, Zahnprothesen oder Hörgeräte.

|| 1. Ja

|| 5. Nein

||

|| *IF XT018_ (HAD TYPE OF MEDICAL CARE IN THE LAST TWELVE MONTHS) = 1. Ja*

|||

||| **XT019_ COSTS OF TYPE OF MEDICAL CARE IN THE LAST TWELVE MONTHS**

||| Wieviel kostete ungefähr [seine/ihre] [Betreuung durch einen praktischen Arzt/Betreuung durch einen Facharzt/Betreuung in einem

||| Krankenhaus/Betreuung in einem Pflegeheim/Betreuung in einem Hospiz/Versorgung mit Medikamenten/Versorgung mit Heil- oder

||| Hilfsmitteln/Hauskrankenpflege oder Haushaltshilfe aufgrund von Behinderung] (in [seinen/ihren] letzten 12 Lebensmonaten)?

||| IWER: Wenn eine medizinische Versorgung in Anspruch genommen wurde, aber alle Kosten von der Krankenversicherung bezahlt oder rückerstattet wurden,

||| dann tragen Sie bitte 0 ein; Betrag in [{Euro}] eintragen

||| _____ (0..980000)

|||

||| *IF XT019_ (COSTS OF TYPE OF MEDICAL CARE IN THE LAST TWELVE MONTHS) = REFUSAL OR XT019_ (COSTS OF TYPE OF MEDICAL CARE IN THE*

||| *LAST TWELVE MONTHS) = DONTKNOW*

|||

|||

||| *IF Index = 4*

|||

||| | BRACKETS (FL_XT019_UNFOLDING, BRs.Brackets[1].BR1, BRs.Brackets[1].BR2, BRs.Brackets[1].BR3)

|||

||| *ELSE*

|||

||| | *IF Index = 8*

|||

||| | BRACKETS (FL_XT019_UNFOLDING, BRs.Brackets[2].BR1, BRs.Brackets[2].BR2, BRs.Brackets[2].BR3)

|||

```

||||| ELSE
|||||
||||| BRACKETS (FL_XT019_UNFOLDING, BRs.Brackets[3].BR1,
BRs.Brackets[3].BR2, BRs.Brackets[3].BR3)
|||||
||||| ENDIF
|||||
||| ENDIF
|||
||| ENDIF
|||
||| ENDIF
|||
| ENDIF
|
| ENDIF
|
ENDLOOP

```

XT105_ DIFFICULTIES REMEMBERING WHERE

Wir würden gerne mehr über die Schwierigkeiten erfahren, die Menschen aufgrund körperlicher, psychischer oder emotionaler Probleme sowie aufgrund von Erinnerungsproblemen in ihren letzten Lebensjahren haben. Hatte [{Name des Verstorbenen}] während des letzten Lebensjahres irgendwelche Schwierigkeiten, sich daran zu erinnern, wo [er/sie] sich befand?

1. Ja
5. Nein

XT106_ DIFFICULTIES REMEMBERING THE YEAR

Hatte [{Name des Verstorbenen}] während [seines/ihrer] letzten Lebensjahres Schwierigkeiten, sich daran zu erinnern, welches Jahr gerade war? Bitte nennen Sie nur Schwierigkeiten, die mindestens drei Monate anhielten.

1. Ja
5. Nein

XT107_ DIFFICULTIES RECOGNIZING

Hatte [{Name des Verstorbenen}] während [seines/ihrer] letzten Lebensjahres irgendwelche Schwierigkeiten, Familienmitglieder oder enge Freunde zu erkennen? Bitte nennen Sie nur Schwierigkeiten, die mindestens drei Monate anhielten.

1. Ja
5. Nein

XT020_ INTRODUCTION DIFFICULTIES DOING ACTIVITIES

Hatte [{Name der/des Verstorbenen}] in [seinen/ihren] letzten zwölf Lebensmonaten bei den folgenden Tätigkeiten Schwierigkeiten, die auf körperliche, seelische oder emotionale Probleme oder auf Gedächtnisprobleme zurückzuführen waren? Bitte nennen Sie hier nur Schwierigkeiten, die mindestens drei Monate lang andauerten.

IWER: Vorlesen. Alles Zutreffende kodieren.

1. Ankleiden, einschließlich Schuhe und Socken anziehen

2. Durch einen Raum gehen
3. Baden oder duschen
4. Essen, z.B. beim Schneiden von Fleisch und Brot
5. Ins Bett legen oder wieder aufstehen
6. Gang zur Toilette, einschließlich hinsetzen und aufstehen
7. Eine warme Mahlzeit zubereiten
8. Lebensmittel einkaufen
9. Telefonieren
10. Medikamente einnehmen
96. Keine dieser Tätigkeiten

IF XT020_IntroDiffADL.CARDINAL > 0 AND NOT 96. Keine dieser Tätigkeiten IN XT020_(INTRODUCTION DIFFICULTIES DOING ACTIVITIES)

|

| **XT022_ ANYONE HELPED WITH ADL**

| Denken Sie an die Tätigkeiten bei denen [der/die] Verstorbene in [seinen/ihren] letzten 12 Lebensmonaten Probleme hatte. Hat irgendjemand
| regelmäßig bei diesen Tätigkeiten geholfen?

|

| 1. Ja

| 5. Nein

|

| *IF XT022_ (ANYONE HELPED WITH ADL) = 1. Ja*

||

|| **XT023_ WHO HAS HELPED WITH ADL**

|| Wer hat hauptsächlich bei diesen Aktivitäten geholfen, Sie selbst eingeschlossen? Bitte nennen Sie höchstens drei Personen.

|| IWER:Nicht vorlesen.Höchstens drei Antworten!Beziehung zur verstorbenen Person eingeben.

|| 1. Sie selbst (Stellvertreter/in)

|| 2. Ehepartner oder Lebensgefährte/in der/des Verstorbenen

|| 3. Mutter oder Vater der/des Verstorbenen

|| 4. Sohn der/des Verstorbenen

|| 5. Schwiegersohn der/des Verstorbenen

|| 6. Tochter der/des Verstorbenen

|| 7. Schwiegertochter der/des Verstorbenen

|| 8. Enkelsohn der/des Verstorbenen

|| 9. Enkeltochter der/des Verstorbenen

|| 10. Schwester der/des Verstorbenen

|| 11. Bruder der/des Verstorbenen

|| 12. Anderer Verwandter

|| 13. Unbezahlter Freiwilliger

|| 14. Professionelle Hilfe (z.B. Krankenschwester)

|| 15. Freund oder Nachbar der/des Verstorbenen

|| 16. Andere Person

||

||

|| **XT024_ TIME THE DECEASED RECEIVED HELP**

|| Wie lange hat [der/die] Verstorbene insgesamt in den letzten 12 Lebensmonaten Hilfe erhalten?

|| IWER:Vorlesen.

|| 1. Weniger als einen Monat

|| 2. Ein Monat oder länger, aber weniger als 3 Monate

|| 3. 3 Monate oder länger, aber weniger als 6 Monate

|| 4. 6 Monate oder länger, aber weniger als ein Jahr

|| 5. Ein ganzes Jahr lang

||
||

|| **XT025_ HOURS OF HELP NECESSARY DURING TYPICAL DAY**

|| Und wie viele Stunden an Hilfeleistungen waren an einem durchschnittlichen Tag
notwendig?

||

|| _____ (0..24)

||

| *ENDIF*

|

ENDIF

XT026a_ INTRODUCTION TO ASSETS

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Geldanlagen und Lebensversicherungen, die der Verstorbene möglicherweise hatte, und darauf, was mit diesen Geldanlagen passiert ist, nachdem [er/sie] gestorben ist. Ich verstehe, dass dies für Sie möglicherweise unangenehm oder schmerzhaft ist, aber es wäre sehr hilfreich für uns, Informationen zur finanziellen Situation zum Todeszeitpunkt zu haben. Bevor wir weitermachen, möchte ich Ihnen nochmals versichern, dass alles, was Sie mir bereits gesagt haben und sagen werden, absolut vertraulich behandelt wird.

1. Weiter

XT026b_ THE DECEASED HAD A WILL

Manche Menschen machen ein Testament, um festzulegen, wer welche Teile ihres Besitzes erhalten soll. Hatte [{Name des Verstorbenen}] ein Testament?

1. Ja

5. Nein

XT027_ THE BENEFICIARIES OF THE ESTATE

Wer waren die Erben oder Begünstigten, einschließlich Sie selbst?

IWER:Bitte Vorlesen. Alle Zutreffenden eintragen.

1. Sie selbst

2. Ehepartner oder Lebensgefährte/in der/des Verstorbenen

3. Kinder der/des Verstorbenen

4. Enkelkinder der/des Verstorbenen

5. Geschwister der/des Verstorbenen

6. Andere Verwandte (angeben) der/des Verstorbenen

7. Andere Nicht-Verwandte (angeben)

8. Kirche, Stiftung, Wohltätigkeitsorganisation

9. Der/die Verstorbene hat nichts hinterlassen (SPONTAN, nicht vorlesen)

IF 6. Andere Verwandte (angeben) der/des Verstorbenen IN XT027_(THE BENEFICIARIES OF THE ESTATE)

| **XT028_ OTHER RELATIVE BENEFICIARY**

| IWER:Andere Verwandte angeben.

| _____

| *ENDIF*

IF 7. Andere Nicht-Verwandte (angeben) IN XT027_(THE BENEFICIARIES OF THE ESTATE)

| **XT029_ OTHER NON-RELATIVE BENEFICIARY**

| IWER:Andere Nicht-verwandte angeben.

| _____

| *ENDIF*

XT030_ THE DECEASED OWNED HOME

Besaß [der/die] Verstorbene das Haus oder die Wohnung in der [er/sie] wohnte – entweder ganz oder teilweise?

1. Ja

5. Nein

IF XT030_ (THE DECEASED OWNED HOME) = 1. Ja

| **XT031_ VALUE HOME AFTER MORTGAGES**

| Wie hoch war der Wert des Hauses oder der Wohnung oder des Teils, der [dem/der] Verstorbenen gehörte, wenn man alle noch ausstehenden Hypotheken abzieht?

| IWER:Betrag in [{Euro}] eintragen. Wenn der verstorbene Schulden hinterließ, geben Sie den Betrag der Schulden bitte als negative Zahl an.

| _____ (-50000000..50000000)

| *IF XT031_ (VALUE HOME AFTER MORTGAGES) = REFUSAL OR XT031_ (VALUE HOME AFTER MORTGAGES) = DONTKNOW*

||

||

|| BRACKETS (FL_XT031_UNFOLDING, BRs.Brackets[4].BR1, BRs.Brackets[4].BR2, BRs.Brackets[4].BR3)

||

| *ENDIF*

| **XT032_ WHO INHERITED THE HOME OF THE DECEASED**

| Wer erbte das Haus oder die Wohnung [des/der] Verstorbenen, Sie selbst eingeschlossen?

| IWER:Beziehung zu Verstorbenen angeben. Alle Zutreffenden eintragen.

| 1. Sie selbst (Stellvertreter/in)

| 2. Ehemann, Ehefrau oder Lebensgefährte/in

- | 3. Söhne oder Töchter (NACH VORNAMEN FRAGEN)
- | 4. Enkelkinder
- | 5. Geschwister
- | 6. Andere Verwandte (angeben)
- | 7. Andere Nicht-Verwandte (angeben)

| *IF 6. Andere Verwandte (angeben) IN XT032_(WHO INHERITED THE HOME OF THE DECEASED)*

|| **XT051_ OTHER RELATIVE**

|| IWER:Andere Verwandte angeben.

|| _____

| *ENDIF*

| *IF 7. Andere Nicht-Verwandte (angeben) IN XT032_(WHO INHERITED THE HOME OF THE DECEASED)*

|| **XT052_ OTHER NO-RELATIVE**

|| IWER:Andere Nicht-verwandte angeben.

|| _____

| *ENDIF*

| *IF 3. Söhne oder Töchter (NACH VORNAMEN FRAGEN) IN XT032_(WHO INHERITED THE HOME OF THE DECEASED)*

|| **XT053_ FIRST NAMES CHILDREN**

|| IWER:Vornamen der Kinder, die das Haus oder die Wohnung erbten.

|| _____

| *ENDIF*

| *ENDIF*

XT033_ THE DECEASED OWNED ANY LIFE INSURANCE POLICIES

Hatte [der/die] Verstorbene irgendwelche Lebensversicherungen?

- 1. Ja
- 5. Nein

IF XT033_ (THE DECEASED OWNED ANY LIFE INSURANCE POLICIES) = 1. Ja

| **XT034_ VALUE OF ALL LIFE INSURANCE POLICIES**

| Wie hoch war der Wert aller Lebensversicherungen, die [der/die] Verstorbene besessen hat, insgesamt?

| IWER:Betrag in [{Euro}] eintragen.

| _____ (0..50000000)

| **XT035_ BENEFICIARIES OF THE LIFE INSURANCE POLICIES**

| Wer waren die Begünstigten der Lebensversicherungen, Sie selbst eingeschlossen?

| IWER:Beziehung zum Verstorbenen angeben.Alle Zutreffenden kodieren.

- | 1. Sie selbst (Stellvertreter/in)
- | 2. Ehemann, Ehefrau oder Lebensgefährte/in
- | 3. Söhne oder Töchter
- | 4. Enkelkinder
- | 5. Geschwister
- | 6. Andere Verwandte (angeben)
- | 7. Andere Nicht-Verwandte (angeben)

| *IF 6. Andere Verwandte (angeben) IN XT035_(BENEFICIARIES OF THE LIFE INSURANCE POLICIES)*

||

|| **XT054_ OTHER RELATIVE**

||

|| IWER:Andere Verwandte angeben.

|| _____

||

| *ENDIF*

| *IF 7. Andere Nicht-Verwandte (angeben) IN XT035_(BENEFICIARIES OF THE LIFE INSURANCE POLICIES)*

||

|| **XT055_ OTHER NO-RELATIVE**

||

|| IWER:Andere Nicht-verwandte angeben.

|| _____

||

| *ENDIF*

| *IF 3. Söhne oder Töchter IN XT035_(BENEFICIARIES OF THE LIFE INSURANCE POLICIES)*

||

|| **XT056_ FIRST NAMES CHILDREN**

||

|| IWER:Vornamen der in den Lebensversicherungen begünstigten Kinder eingeben.

|| _____

||

| *ENDIF*

| *ENDIF*

XT036_ INTRODUCTION TYPES OF ASSETS

Ich werde Ihnen jetzt einige Arten von Vermögenswerten vorlesen. Bitte sagen Sie mir bei jedem Punkt, ob [der/die] Verstorbene den genannten Vermögenswert zum Zeitpunkt [seines/ihrer] Todes besessen hat. Wenn dies der Fall war, nennen Sie mir bitte Ihre bestmögliche Schätzung über

dessen Wert, nach Abzug ausständiger Schulden.

1. Weiter

LOOP cnt:= 1 TO 5

| **XT037_ THE DECEASED OWNED TYPE OF ASSETS**

| Besaß [er/sie] [irgendein Unternehmen, einschließlich Grundstücke oder Gebäude/irgendwelche anderen Immobilien/ein oder mehrere Autos/irgendwelche Geldanlagen, Bargeld oder Aktien/irgendwelche Juwelen oder Antiquitäten]?

| 1. Ja

| 5. Nein

| *IF XT037_ (THE DECEASED OWNED TYPE OF ASSETS) = 1. Ja*

|| **XT038_ VALUE TYPE OF ASSETS**

|| Auf welchen Wert würden Sie [die Unternehmen, einschließlich Grundstücke oder Gebäude, die/die anderen Immobilien, die/das oder die Autos, die/die Geldanlagen, das Bargeld, die Aktien u.ä., die/die Juwelen oder Antiquitäten, die] [Name der/des Verstorbenen] besaß, zum Zeitpunkt [seines/ihrer] Todes schätzen?

|| IWER:Betrag in [{Euro}] eingeben. Wenn der verstorbene Schulden hinterließ, geben Sie den Betrag der Schulden bitte als negative Zahl an.

|| _____ (-50000000..50000000)

|| *IF XT038_ (VALUE TYPE OF ASSETS) = DONTKNOW OR XT038_ (VALUE TYPE OF ASSETS) = REFUSAL*

||| *IF Index = 1*

|||| BRACKETS (FL_XT038_UNFOLDING, BRs.Brackets[5].BR1, BRs.Brackets[5].BR2, BRs.Brackets[5].BR3)

|||| *ELSE*

||||| *IF Index = 2*

||||| BRACKETS (FL_XT038_UNFOLDING, BRs.Brackets[6].BR1, BRs.Brackets[6].BR2, BRs.Brackets[6].BR2)

||||| *ELSE*

|||||| *IF Index = 3*

|||||| BRACKETS (FL_XT038_UNFOLDING, BRs.Brackets[7].BR1, BRs.Brackets[7].BR2, BRs.Brackets[7].BR3)

|||||| *ELSE*

|| 5. Nein

||

|| **XT040c_ SOME CHILDREN RECEIVED MORE TO GIVE THEM FINANCIAL SUPPORT**

|| Würden Sie sagen, dass einige Kinder mehr als andere erhalten haben, um sie finanziell zu unterstützen?

||

|| 1. Ja

|| 5. Nein

||

|| **XT040d_ SOME CHILDREN RECEIVED MORE FOR CARING**

|| Würden Sie sagen, dass einige Kinder mehr als andere erhalten haben, weil sie sich am Ende [seines/ihrer] Lebens um den Verstorbenen/die Verstorbene gekümmert haben?

||

|| 1. Ja

|| 5. Nein

||

|| **XT040e_ SOME CHILDREN RECEIVED MORE FOR OTHER REASONS**

|| Würden Sie sagen, dass einige Kinder aus anderen Gründen mehr als andere erhalten haben?

||

|| 1. Ja

|| 5. Nein

||

|| *IF XT040e_ (SOME CHILDREN RECEIVED MORE FOR OTHER REASONS) = 1. Ja*

||

|| **XT040f_ REASONS SOME CHILDREN RECEIVED MORE**

|| Welche anderen Gründe sind das?

||

|| _____

||

|| *ENDIF*

||

| *ENDIF*

|

ENDIF

XT041_ THE FUNERAL WAS ACCOMPANIED BY A RELIGIOUS CEREMONY

Zum Schluss möchten wir noch etwas über die Beerdigung [des/der] Verstorbenen erfahren. Wurde das Begräbnis durch eine religiöse Zeremonie begleitet?

1. Ja

5. Nein

XT108_ ANYTHING ELSE TO SAY ABOUT THE DECEASED

Wir haben Ihnen viele Fragen über [{{Name des Verstorbenen}}]'s Gesundheit und Finanzen gestellt und möchten Ihnen an dieser Stelle für Ihre Hilfe danken. Gibt es noch irgendetwas über die Lebensumstände von [{{Name des Verstorbenen}}] aus [seinem/ihrer] letzten Lebensjahr, das Sie uns noch

erzählen möchten?

IWER: Wenn nichts hinzugefügt wird, bitte Nichts eingeben oder Enter drücken.

XT042_ THANKS FOR THE INFORMATION

Das ist das Ende des Interviews. Vielen Dank nochmals, für all die Informationen, die Sie uns gegeben haben. Es wird für unser Verständnis über das Wohlergehen der Menschen am Ende ihres Lebens sehr nützlich sein.

1. Weiter

XT043_ INTERVIEW MODE

IWER: Bitte kodieren Sie die Art des Interviews.

1. Persönliches Interview
2. Telefonisches Interview

XT044_ INTERVIEWER ID

IWER: Ihre Interviewer Nr.
