

ID Nummer: _____
 Geschlecht: weiblich männlich

Alter: _____
 Datum: _____

QRI

Dieser Fragebogen umfasst 25 Fragen, die Ihre Beziehung zu Ihrem/r Partner betreffen. Sie können die Fragen mit einer vierfach abgestuften Skala beantworten. Kreuzen Sie bitte an:

-1- -2- -3- -4-
 Überhaupt nicht Ein wenig Ziemlich Sehr

| | | Überhaupt nicht | Ein wenig | Ziemlich | Sehr (stark zutreffend) |
|----|---|--------------------|-----------|----------|----------------------------|
| 1 | Bis zu welchem Ausmaß können Sie sich an Ihre/n Partner/in wenden, wenn Sie Probleme haben und Rat brauchen? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Wie sehr müssen Sie sich anstrengen, um Konflikte mit Ihrem/r Partner/in zu vermeiden? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Wie sehr können Sie auf die Hilfe Ihres/r Partner/in zählen, wenn Sie ein Problem haben? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | Wie sehr regt Sie Ihr/e Partner/in manchmal auf? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | Wie sehr können Sie sich darauf verlassen, dass Ihnen Ihr/e Partner/In ehrlich die Meinung sagt, auch wenn Sie es vielleicht nicht gerne hören? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | Wie sehr verursacht Ihr/e Partner/in Schuldgefühle bei Ihnen? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 | Wie sehr müssen Sie in der Beziehung mit Ihrem/r Partner/in Zugeständnisse machen? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | Wie sehr könnten Sie sich auf die Unterstützung Ihres/r Partners/in verlassen, wenn ein naher Angehöriger sterben würde? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | Wie sehr möchte Ihr/e Partner/in, dass Sie sich ändern? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | Wie sehr spielt Ihr/e Partner/in eine positive Rolle in Ihrem Leben? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | Wie bedeutungsvoll ist diese Beziehung in ihrem Leben? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | Wie eng wird (ihrer Einschätzung nach) die Beziehung zu Ihrem/r Partner/in in zehn Jahren sein? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Wie sehr würden Sie Ihre/n Partner/in vermissen, wenn Sie sich für einen Monat weder sehen noch sprechen könnten? | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | Überhaupt nicht | Ein wenig | Ziemlich | Sehr (stark zutreffend) |
|----|---|--------------------|-----------|----------|----------------------------|
| 14 | Wie kritisch ist Ihr/e Partner/in mit Ihnen? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | Wenn Sie heute Abend ausgehen und etwas unternehmen möchten, wie sicher können Sie sich sein, dass Ihr/e Partner/in mit Ihnen etwas unternehmen möchte? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | Wie sehr fühlen Sie sich dafür verantwortlich, dass es Ihrem/r Partner/in gut geht? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17 | Wie sehr sind Sie auf Ihre/n Partner/in angewiesen? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | Wie sicher sind Sie sich, dass Ihr/e Partner/in Ihnen zuhört, wenn Sie sehr wütend auf jemand anderen sind? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | Wie sehr möchten Sie, dass sich Ihr/e Partner/in verändert? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 | Wie sehr macht Ihr/e Partner/in Sie wütend? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21 | Wie sehr streiten Sie sich mit Ihrem/r Partner/in? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22 | Wie sehr können Sie sich darauf verlassen, dass Ihr/e Partner/in Sie ablenkt, wenn Sie Sorgen haben und sich gestresst fühlen? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23 | Wie oft sind Sie wütend auf Ihren/e Partner/in? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24 | Wie oft versucht Ihr/e Partner/in, Ihr Leben zu kontrollieren oder zu beeinflussen? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25 | Im welchen Ausmaß sind Sie mehr die gebende und weniger die nehmende Person in dieser Beziehung ? | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | |
|---|---|
| Bitte geben Sie an, wie lange Sie schon mit Ihrem Partner zusammen sind: _____Jahre _____ Monate | Wohnen Sie zusammen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Haben Sie gemeinsame Kinder? Ja <input type="checkbox"/> Wie viele? _____ Nein <input type="checkbox"/> |
|---|---|

Kontrollieren Sie bitte, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.

Vielen Dank