

### Wichtiger Hinweis:

Dieser Fragebogen richtet sich an erwachsene Zwillinge. Falls gewisse Fragen nicht beantwortet werden können, lassen Sie die entsprechenden Antwortfelder einfach leer und vermerken Sie dies bitte in "Sonstige Anmerkungen" am Ende jedes Kapitels. **Danke!**

### Persönliche Daten

1. Geschlecht:  männlich  
 weiblich

2. Geburtsdatum: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

3. Geburtsort: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_

4. Elterlicher Wohnort zum Zeitpunkt Ihrer Geburt:

Ort: \_\_\_\_\_ :  unter 15.000 Einwohner  
 über 15.000 Einwohner

Bundesland: \_\_\_\_\_

5. Ihr Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_g

6. Ihre Geburtsgröße: \_\_\_\_\_cm

7. Geburtsverlauf:  spontane Geburt  
 Kaiserschnitt  
 Komplikationen (z.B. Saugglocke): \_\_\_\_\_

8. Handelte es sich bei deiner Geburt laut behandeltem Arzt um eine „Frühgeburt“?

ja  
 nein  
 weiß ich nicht

a. In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie geboren?

in der \_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche  
 weiß ich nicht

9. Sind Sie vom Zwillingenpaar die/der  Erstgeborene  
 Zweitgeborene

10. Wie groß war der zeitliche Abstand zwischen der Zwillingengeburt?  \_\_\_\_\_min  
 weiß ich nicht

11. Sind Sie ein...  eineiiger Zwilling  
 zweieiiger Zwilling  
 weiß ich nicht

12. Wie viele Geschwister haben Sie? Anzahl: \_\_\_\_\_ (mit Zwilling!)

1. Geschlecht:	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	Geburtsjahr: _____
2. Geschlecht:	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	Geburtsjahr: _____
3. Geschlecht:	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	Geburtsjahr: _____
4. Geschlecht:	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	Geburtsjahr: _____
5. Geschlecht:	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	Geburtsjahr: _____
6. Geschlecht:	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	Geburtsjahr: _____

13. Schulausbildung:

Bitte kreuzen Sie Ihre abgeschlossene bzw. aktuelle Schulausbildung an. In den Anmerkungen haben Sie die Möglichkeit auch abgebrochene/nicht abgeschlossene Bildungswege anzuführen.

a. gilt nur für ÖSTERREICH:

<input type="checkbox"/> AHS-Unterstufe	<input type="checkbox"/> Hauptschule	<input type="checkbox"/> Sonderschule
---	--------------------------------------	---------------------------------------

<input type="checkbox"/> AHS-Oberstufe	BHS: <input type="checkbox"/> HTL	BMS: <input type="checkbox"/> Fachschule	<input type="checkbox"/> Poly./Berufsschule
	<input type="checkbox"/> HAK	<input type="checkbox"/> Handelsschule	
	<input type="checkbox"/> HLW		

<input type="checkbox"/> Universität	<input type="checkbox"/> Fachhochschule	<input type="checkbox"/> Akademie	<input type="checkbox"/> Kolleg
--------------------------------------	---	-----------------------------------	---------------------------------

Anmerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b. gilt nur für DEUTSCHLAND:

<input type="checkbox"/> Gesamtschule	<input type="checkbox"/> Gymnasium	<input type="checkbox"/> Realschule	<input type="checkbox"/> Hauptschule	<input type="checkbox"/> Sonderschule
---------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

<input type="checkbox"/> Gymnasiale Oberstufe/ berufliches Gymnasium	<input type="checkbox"/> Berufsfachschule	<input type="checkbox"/> BVJ, BGJ
	<input type="checkbox"/> Fachoberschule	<input type="checkbox"/> Duale Ausbildung
		<input type="checkbox"/> Fachschule

<input type="checkbox"/> Hochschule	<input type="checkbox"/> Berufsakademie
-------------------------------------	---

Anmerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. Haben Sie einen höheren/gleichen/niedrigeren Schulabschluss als Ihr Zwillingsgeschwister?

- höher       gleich       niedriger

15. Wie würden Sie Ihre (damalige) Schulleistung im Durchschnitt beurteilen?

- sehr gut  
 gut  
 mittelmäßig  
 eher schlecht  
 schlecht

16. In welchen Unterrichtsfächern lag/liegt Ihr größtes Interesse?

\_\_\_\_\_

17. Welchem Typus würden Sie sich eher zuordnen?

- sprachlicher Typ  
 mathematisch-logischer Typ  
 keinem von beiden

18. Bisheriger beruflicher Werdegang (chronologisch):

*Beispiel: „ausgebildete Hotelfachfrau (Tätigkeit im In- und Ausland) -> Karenz (Geburt meiner 2 Töchter) -> Hausfrau (arbeitslos) -> Ausbildung zur Masseurin -> freiberuflich tätige Masseurin -> nebenbei ehrenamtliche Mitarbeit beim Roten Kreuz“*

---

---

---

---

---

19. Wie viele Kinder haben Sie? Anzahl: \_\_\_\_\_

1. Kind: Geschlecht:  m  w Geburtsjahr: \_\_\_\_\_  
2. Kind: Geschlecht:  m  w Geburtsjahr: \_\_\_\_\_  
3. Kind: Geschlecht:  m  w Geburtsjahr: \_\_\_\_\_  
4. Kind: Geschlecht:  m  w Geburtsjahr: \_\_\_\_\_  
5. Kind: Geschlecht:  m  w Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

20. Familienstand (chronologisch):

*Beispiel: „ledig, in Partnerschaft lebend (1978-1981), verheiratet (ab 1981), verwitwet (1989), wieder verheiratet (ab 2001), geschieden (2007), Single (ab 2007)“*

---

---

---

---

21. Körpergröße: \_\_\_\_ cm

22. Körpergewicht: \_\_\_\_ kg

23. Schuhgröße: \_\_\_\_\_

24. Augenfarbe: \_\_\_\_\_

25. Fehlsichtigkeit:  Kurzsichtigkeit: \_\_\_\_ Dioptrien links; \_\_\_\_ Dioptrien rechts  
 Weitsichtigkeit: \_\_\_\_ Dioptrien links; \_\_\_\_ Dioptrien rechts  
 weder noch

26. Haarfarbe:  rötlich  hellbraun  weiß  
 blond  braun  gräulich  
 dunkelblond  dunkelbraun  schwarz

27. Haarlänge:  kurz  
 mittel  
 lang

28. Haarstruktur: a)  feines, dünnes Haar  mittelstarkes Haar  dickes Haar  
b)  glattes Haar  gewelltes Haar  krauses Haar

29. Haarwirbel:  vorne rechts  hinten rechts  vorne mittig  hinten mittig  vorne links  hinten links  \_\_\_\_\_  
 keine

30. Blutgruppe:  A                      Rhesusfaktor:  positiv  
 B     negativ  
 AB     weiß ich nicht  
 0  
 weiß ich nicht

31. Leiden Sie an Allergien?  ja - Welche? \_\_\_\_\_  
 nein

32. Leiden Sie an chronischen Erkrankungen?  
 ja - Welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
 nein

33. Schnarchen Sie?  ja  
 nein

34. Leiden Sie an Schlafproblemen?  
 ja - Welche/Warum? \_\_\_\_\_  
 nein

35. Sind Sie eher ...  ein Morgenmensch  
 ein Nachtmensch  
 keines von beiden

36. Händigkeit:  Linkshänder  
 Rechtshänder

37. Rauchen Sie?  ja - Marke: \_\_\_\_\_  
 nein

38. Haben Sie Haustiere?  ja - Welche? \_\_\_\_\_  
 nein

39. Welche sind Ihre Lieblingsfarben? \_\_\_\_\_

40. Welche Hobbies haben Sie? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

41. Sind Sie Mitglied eines Vereins?  ja - Welche/r? \_\_\_\_\_  
 nein

42. Betreiben Sie regelmäßig Sport?  ja - Welchen? \_\_\_\_\_  
 nein

43. Sind Sie musikalisch?  ja: \_\_\_\_\_  
 nein

44. Wo liegen Ihre Stärken/Begabungen? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

45. Welche Eigenschaften treffen auf Sie zu?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> selbstkritisch        | <input type="checkbox"/> schüchtern                 | <input type="checkbox"/> flexibel/spontan           |
| <input type="checkbox"/> kreativ               | <input type="checkbox"/> ehrlich                    | <input type="checkbox"/> eitel                      |
| <input type="checkbox"/> pünktlich             | <input type="checkbox"/> risikofreudig              | <input type="checkbox"/> kontaktfreudig             |
| <input type="checkbox"/> kommunikativ          | <input type="checkbox"/> naturverbunden             | <input type="checkbox"/> wissbegierig               |
| <input type="checkbox"/> optimistisch          | <input type="checkbox"/> unternehmungslustig        | <input type="checkbox"/> sensibel                   |
| <input type="checkbox"/> pessimistisch         | <input type="checkbox"/> pflichtbewusst             | <input type="checkbox"/> introvertiert/verschlossen |
| <input type="checkbox"/> geduldig              | <input type="checkbox"/> sparsam                    | <input type="checkbox"/> extravertiert/offen        |
| <input type="checkbox"/> ungeduldig            | <input type="checkbox"/> verschwenderisch           | <input type="checkbox"/> hilfsbereit                |
| <input type="checkbox"/> aufbrausend           | <input type="checkbox"/> selbstbewusst/selbstsicher | <input type="checkbox"/> dick-/starrköpfig          |
| <input type="checkbox"/> ehrgeizig             | <input type="checkbox"/> häuslich                   | <input type="checkbox"/> unpünktlich                |
| <input type="checkbox"/> ordnungsliebend/genau | <input type="checkbox"/> begeisterungsfähig         | <input type="checkbox"/> organisiert                |
| <input type="checkbox"/> unordentlich          | <input type="checkbox"/> launisch                   | <input type="checkbox"/> egoistisch                 |
| <input type="checkbox"/> freiheitsliebend      | <input type="checkbox"/> gefühlsbetont/emotional    | <input type="checkbox"/> gerechtigkeitsliebend      |
| <input type="checkbox"/> gutmütig              | <input type="checkbox"/> kopflastig/rational        | <input type="checkbox"/> konservativ                |
| <input type="checkbox"/> religiös/gläubig      | <input type="checkbox"/> direkt                     | <input type="checkbox"/> stolz                      |
| <input type="checkbox"/> eifersüchtig          | <input type="checkbox"/> zurückhaltend, ruhig       | <input type="checkbox"/> intellektuell              |
| <input type="checkbox"/> unentschlossen        | <input type="checkbox"/> tolerant                   | <input type="checkbox"/> lebenslustig               |
| <input type="checkbox"/> kinderliebend         | <input type="checkbox"/> kompromissbereit           | <input type="checkbox"/> mitfühlend                 |
| <input type="checkbox"/> harmoniebedürftig     | <input type="checkbox"/> zuverlässig                | <input type="checkbox"/> verantwortungsbewusst      |
| <input type="checkbox"/> zielstrebig           | <input type="checkbox"/> gesellig                   | <input type="checkbox"/> unzuverlässig              |
| <input type="checkbox"/> phantasievoll         | <input type="checkbox"/> nachtragend                | <input type="checkbox"/> nachgiebig                 |
| <input type="checkbox"/> reiselustig           | <input type="checkbox"/> humorvoll                  | <input type="checkbox"/> dominant                   |
| <input type="checkbox"/> einfühlsam            | <input type="checkbox"/> willensstark               | <input type="checkbox"/> nachdenklich               |
| <input type="checkbox"/> temperamentvoll       | <input type="checkbox"/> willensschwach             | <input type="checkbox"/> neugierig                  |
| <input type="checkbox"/> romantisch            | <input type="checkbox"/> streitsüchtig              | <input type="checkbox"/> tierlieb                   |
| <input type="checkbox"/> modebewusst           | <input type="checkbox"/> ängstlich/vorsichtig       |   |

Sonstige Anmerkungen:

---



---



---

**Zwillingsvorkommen in der Familie**

46. Gibt/gab es neben Ihnen weitere Zwillingspaare in Ihrer Familie/Verwandtschaft?  ja  nein

a. Wenn ja, wie viele? \_\_\_\_\_ Zwillingspaare

47. Beschreiben Sie jedes Zwillingspaar, das in Ihrer Familie vorkommt, einzeln:

1. Zwillingspaar:

mütterlicherseits  väterlicherseits

Verwandtschaftsgrad zu Ihnen (*bitte möglichst ausführlich und genau!*): \_\_\_\_\_

Eiigkeit:  eineiig

zweieiig

weiß ich nicht

Geschlecht des Zwillingspaares:  männlich

weiblich

männlich/weiblich

2. Zwillingspaar:

mütterlicherseits  väterlicherseits

Verwandtschaftsgrad zu Ihnen (*bitte möglichst ausführlich und genau*): \_\_\_\_\_

Eiigkeit:  eineiig

zweieiig

weiß ich nicht

Geschlecht des Zwillingspaares:  männlich

weiblich

männlich/weiblich

3. Zwillingspaar:

mütterlicherseits  väterlicherseits

Verwandtschaftsgrad zu Ihnen (*bitte möglichst ausführlich und genau*): \_\_\_\_\_

Eiigkeit:  eineiig

zweieiig

weiß ich nicht

Geschlecht des Zwillingspaares:  männlich

weiblich

männlich/weiblich

48. Welche Theorien/Alltagsweisheiten zur Zwillingsvererbung sind Ihnen bekannt bzw. jemals zu Ohren gekommen? Haben Sie eigene Vermutungen zur Vererbung von Zwillingen? Wenn ja, welche?

---

---

---

---

Sonstige Anmerkungen:

---

---

---

**Vorgeburtliche Einflussfaktoren**

Zur Beantwortung der folgenden Fragen benötigen Sie möglicherweise Informationen von Ihrer Mutter!

49. Wie alt war Ihre **Mutter** zum Zeitpunkt Ihrer Geburt?

\_\_\_\_ Jahre

50. Wie alt war Ihr **Vater** zum Zeitpunkt Ihrer Geburt?

\_\_\_\_ Jahre

51. Wie viele Geburten hatte Ihre Mutter **VOR** der Zwillingschwangerschaft/Ihrer Geburt?

\_\_\_\_ Geburten

52. Welche Körpergröße hatte Ihre Mutter zur Zeit der Zwillingsgeburt?

ca. \_\_\_\_\_ cm

53. Welches Körpergewicht hatte Ihre Mutter vor der Zwillingsschwangerschaft?

ca. \_\_\_\_\_ kg

54. Ernährung: Nahm Ihre Mutter Fleisch und Milchprodukte zu sich?

- ja, reichlich Fleisch UND Milchprodukte
- ja, aber eher wenig Milchprodukte
- ja, aber eher wenig Fleisch
- vegetarische Ernährung (kein Fleisch, aber Milchprodukte)
- vegane Ernährung (kein Fleisch UND keine Milchprodukte)
- sonstiges: \_\_\_\_\_

55. Rauchte Ihre Mutter?

- nein
- ja, VOR der Schwangerschaft
- ja, vor UND während der Schwangerschaft
- weiß ich nicht

56. Nahm Ihre Mutter jemals die Anti-Baby-Pille?

- ja, sie nahm die Pille und wurde trotzdem schwanger
- ja, aber sie setzte die Pille ab, KURZ BEVOR sie schwanger wurde
- ja, aber sie setzte die Pille schon mehr als 1 JAHR VOR der Schwangerschaft ab
- nein, sie nahm NIE die Pille
- weiß ich nicht

57. Nahm Ihre Mutter vor der Zwillingsschwangerschaft eine Hormonbehandlung in Anspruch?

- ja - Welche? \_\_\_\_\_
- nein
- weiß ich nicht

58. Verhalfen Ihrer Mutter reproduktionsmedizinische Maßnahmen (z.B. künstliche Befruchtung) zur ZwillingsgGeburt?

- ja - Welche? \_\_\_\_\_
- nein
- weiß ich nicht

59. Wann wurde festgestellt, dass es sich bei der Schwangerschaft Ihrer Mutter um eine Zwillingsschwangerschaft handelt?

- schon WÄHREND der Schwangerschaft (in der \_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche)
- überraschenderweise erst unmittelbar bei der GEBURT
- nicht ärztlich bestätigte Vermutung
- weiß ich nicht

60. War die Eiigkeit schon **während der Schwangerschaft** bekannt?

- ja
- ja, wurde aber nicht richtig bestimmt (wurde erst bei/nach der Geburt richtig gestellt)
- nein, wurde erst bei der Geburt bestimmt
- nein, wurde nie ärztlich bestimmt
- weiß ich nicht

61. Sind während der Schwangerschaft Komplikationen aufgetreten?

- ja - Welche? \_\_\_\_\_
- nein
- weiß ich nicht

Sonstige Anmerkungen:

---

---

---

**Das Leben als Zwilling**

62. Sind Sie getrennt oder gemeinsam mit Ihrem Zwilling aufgewachsen?

- getrennt       gemeinsam       teils teils

63. Von wem wurden Sie großgezogen? / Bei wem sind Sie aufgewachsen?

- leibliche Eltern
- Elternteil: \_\_\_\_\_
- Adoptiveltern
- Großeltern
- Sonstigen: \_\_\_\_\_

64. Wie wurden Sie in der Erziehung von Ihren Eltern (überwiegend) behandelt:

- wie „normale Geschwister“
- wie Zwillinge

65. Wurden Sie im Kindesalter gleich gekleidet?

- ja, bis zum Alter von ca. \_\_\_\_ Jahren
- nur teilweise
- nein

66. Stimmen Sie Ihre Kleidung auch heute noch mit Ihrem Zwilling ab?

- ja, immer
- ja, aber nur selten (zu bestimmten Anlässen)
- nein

67. Wie oft wurden Sie in Ihrer **Kindheit** mit Ihrem Zwilling verwechselt von...

	sehr oft	häufig	manchmal	selten	nie
Eltern/Geschwistern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FreundInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwandten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekannten/Nachbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fremden/Außenstehenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. Wie oft werden Sie **heute** noch mit Ihrem Zwilling verwechselt von...

	sehr oft	häufig	manchmal	selten	nie
Eltern/Geschwistern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FreundInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwandten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekannten/Nachbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fremden/Außenstehenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

69. Wie würden Sie selbst die Ähnlichkeit mit Ihrem Zwilling in Ihrer **Kindheit** beschreiben?

	ganz gleich	sehr ähnlich	ähnlich	verschieden	sehr verschieden
Aussehen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlichkeit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

70. Wie würden Sie selbst die Ähnlichkeit mit Ihrem Zwilling **heute** beschreiben?

	ganz gleich	sehr ähnlich	ähnlich	verschieden	sehr verschieden
Aussehen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlichkeit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. Verändern Sie Ihr Äußeres bewusst so, dass Sie sich von Ihrem Zwilling unterscheiden?

- nein
- eher nein
- eher ja
- ja - Warum? \_\_\_\_\_

72. Hatten Sie jemals das Bedürfnis nach Individuation/Abgrenzung von Ihrem Zwilling?

- Ja
- teilweise
- nein

73. Wann sind Sie aus Ihrem Elternhaus ausgezogen? Im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren.

74. Haben Sie danach jemals mit Ihrem Zwillingspartner gemeinsam gelebt?

- ja: vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_ Lebensjahr
- nein, nie

75. Leben Sie **zurzeit** mit Ihrem Zwillingspartner..

- zusammen
- getrennt

a. Falls Sie zurzeit mit Ihrem Zwillingspartner GEMEINSAM wohnen:

- teilen Sie sich ein gemeinsames Schlafzimmer oder
- haben Sie getrennte Schlafzimmer?

b. Falls Sie zurzeit von Ihrem Zwilling GETRENNT leben, wie groß ist der Abstand Ihrer Wohnorte?

ca. \_\_\_\_\_ km

76. Haben sie regelmäßigen Kontakt zu Ihrem Zwillingspartner?

- ja, regelmäßigen persönlichen Kontakt
- ja, regelmäßigen telefonischen Kontakt
- nur sehr selten, weil \_\_\_\_\_
- nein, weil \_\_\_\_\_

77. Wie oft sehen Sie sich durchschnittlich?

- Wir sehen uns täglich.
- Wir sehen uns mehrmals pro Woche.
- Wir sehen uns wöchentlich.
- Wir sehen uns mehrmals pro Monat.
- Wir sehen uns monatlich.
- Wir sehen uns noch seltener.

78. Verbringen Sie auch Ihre Urlaube miteinander?

- Ja, wir fahren oft gemeinsam auf Urlaub.
- Nur ab und zu, wenn es sich ergibt.
- Nein, wir fahren nicht gemeinsam auf Urlaub.

79. Verhalten Sie sich im Allgemeinen wie „normale Geschwister“ oder wie Zwillingsgeschwister?

- wie „normale Geschwister“
- wie Zwillinge

80. Haben Sie einen gemeinsamen oder getrennten Freundeskreis?

- gemeinsamen Freundeskreis
- getrennten Freundeskreis
- teils teils

81. Welche Einstellung hat Ihr Partner/Ehepartner zu Ihrem Zwillingdasein?

- Er steht meinem Zwillingdasein positiv gegenüber
- Das Zwillingdasein spielt kaum eine Rolle in unserer Beziehung
- Er fühlt sich oft benachteiligt und an zweite Stelle gereiht
- Er steht meinem Zwillingdasein eher negativ gegenüber
- sonstiges: \_\_\_\_\_

82. Wie sieht die Beziehung zwischen Ihrem (Ehe-)Partner und Ihrem Zwillingspartner aus?

- gutes Verhältnis
- durchschnittliches Verhältnis
- nicht sehr gutes Verhältnis
- Sie haben keinen Kontakt zu einander, weil \_\_\_\_\_
- sonstiges: \_\_\_\_\_

83. War Ihr Zwillingdasein schon einmal Grund für eine Trennung?

- ja, weil \_\_\_\_\_
- Es war unter anderem MITgrund für eine Trennung.
- nein

84. Wie oft streiten Sie sich mit Ihrem Zwillingspartner?

- häufig
- gelegentlich
- selten
- so gut wie nie

a. Findet nach Ihrem Streit eine rasche Versöhnung statt?

- ja, immer
- meistens
- nein

85. Welche **Vorteile**/Besonderheiten sehen Sie im Zwillingdasein? (Was finden Sie schön daran?)

---

---

---

---

86. Welche **Nachteile** sehen Sie persönlich im Zwillingdasein?

---

---

---

---

87. Falls Sie die Wahl hätten, würden Sie lieber als Einling oder wieder als Zwilling geboren werden?

- als Zwilling
- als Einling
- ist mir gleichgültig

Sonstige Anmerkungen:

---

---

---

Ihre persönlichen Anregungen und Kommentare zum Fragebogen:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**HERZLICHEN DANK, liebe Zwillinge**  
**..dass ihr euch Zeit genommen habt, meinen Fragebogen zu beantworten!!**

Eure anonymisierten Antworten wurden erfolgreich gespeichert.

Für Fragen und Anregungen stehe ich euch gerne unter [tina@vogg.at](mailto:tina@vogg.at) zur Verfügung. Auch über zahlreiches Feedback würde ich mich sehr freuen!

Als kleines Dankeschön werde ich nach Fertigstellung meiner Diplomarbeit die wesentlichen Ergebnisse der Studie auf dieser Internetseite veröffentlichen.

Ich möchte mich nochmals für eure Teilnahme an meiner Zwilling-Umfrage bedanken und bin schon gespannt auf die Ergebnis der statistischen Auswertung!

Herzliche Grüße,

Tina Vogg  
Gärtnergasse 30/8  
2230 Gänserndorf  
Fax: +43 1/53700993792