



Deutsche Kulturschätze, Essgewohnheiten, und Gastronomie.

Damit wir Ihr Land besser kennenlernen, wäre es Ihnen möglich unsere Fragen zu beantworten.

Im Voraus vielen Dank.

1. Sind Sie Deutsche? Ja Nein

Wenn nicht antworten Sie direkt Frage 4.

Kultur in Deutschland

2. Was bezeichnet Ihrer Meinung nach am besten Ihr Land im Bereich:

2.1. Musik :

2.2. Literatur :

2.3. Kunst :

2.4. Kino :

3. Welche Monumente bezeichnen Ihrer Meinung nach am besten
Deutschland?

.....

Ess und Trinkgewohnheiten

4. Was ist Ihrer Meinung nach die wichtigste Mahlzeit?

	Das	Das	Das
Das Frühstück	Mittagessen	Kaffeetrinken	Abendessen

5. Wie lange dauert Ihre Mahlzeit? *(Kreuzen Sie an)*

	Weniger als 30 Minuten	Zwischen 30 Minuten und einer Stunde	Zwischen einer Stunde und 90 Minuten	Mehr als 90 Minuten
Frühstück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittagessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffeetrinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abendessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Wie oft esen Sie ? *(Kreuzen Sie an)*

	Sehr Oft	Oft	Nicht sehr oft	Nie
Allein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Wie oft konsumieren Sie diese Lebensmittel?

(Kreuzen Sie bitte an!)

	Zu jeder Mahlzeit	Ein Mal pro Tag	Mehrmals in der Woche	Nie
Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reis, Nudeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milchprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Wie oft konsumieren Sie diese Getränke?

(Kreuzen Sie bitte an)

	Zu jeder Mahlzeit	Ein Mal pro Tag	Mehrmals in der Woche	Weniger als ein Mal in der Woche
Wasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kakao	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Whisky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gastronomie

9. Können Sie uns einige Spezialitäten Ihres Landes zitieren ?

- Vorspeise :
- Hauptgericht:
- Dessert :
- Getränk :

Über Sie

10. Wie alt sind Sie ?

- Unter 25
- Zwischen 25 und 50
- Älter als 50

11. Sind Sie? :

- Eine Dame
- Ein Herr

12. Gehören Sie zu einer dieser Kategorie? :

Vegetarier Vegan Glutenfrei Laktosefrei

Nochmals vielen Dank für die Zeit, die Sie mir gewidmet haben.