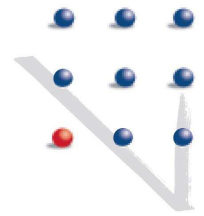


Gefährdet oder abhängig?



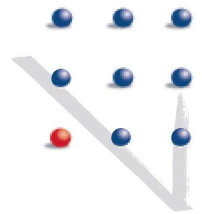
Organisationsentwicklung
Coaching • Supervision

Fragebogen zur Alkoholabhängigkeit

Die nachfolgenden Fragen sind sehr persönlich. Bitte füllen Sie den Test sich selbst gegenüber offen und ehrlich aus. Das Ergebnis brauchen Sie niemanden mitzuteilen, wenn Sie das nicht wollen.

	ja	nein
1. Leiden Sie in letzter Zeit häufiger an Zittern der Hände?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Leiden Sie in der letzten Zeit häufiger an einem Würgegefühl (Brechreiz), besonders morgens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wird das Zittern und der morgendliche Brechreiz besser, wenn Sie etwas Alkohol trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Leiden Sie in letzter Zeit an starker Nervosität?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben Sie in Zeiten erhöhten Alkoholkonsums weniger gegessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hatten Sie in der letzten Zeit öfters Schlafstörungen oder Alpträume?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Fühlen Sie sich ohne Alkohol gespannt und unruhig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Haben Sie nach den ersten Gläsern ein unwiderstehliches Verlangen, weiterzutrinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Leiden Sie an Gedächtnislücken nach starkem Trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Vertragen Sie weniger Alkohol als früher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Haben Sie nach dem Trinken schon einmal Gewissensbisse (Schuldgefühle) empfunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Haben Sie ein Trinksystem versucht (z.B. nicht vor bestimmten Zeiten zu trinken)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Bringt Ihr Beruf Alkoholtrinken mit sich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Hat man Ihnen an einer Arbeitsstelle schon einmal Vorhaltungen wegen Ihres Alkoholtrinkens gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sind Sie weniger tüchtig seitdem Sie trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Trinken Sie gerne und regelmäßig ein Gläschen, wenn Sie allein sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gefährdet oder abhängig?



Organisationsentwicklung
Coaching • Supervision

- | | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 17. Haben Sie einen Kreis von Freunden und Bekannten, in dem viel getrunken wird? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Fühlen Sie sich sicherer, selbstbewußter, wenn Sie Alkohol, getrunken haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Haben Sie zu Hause oder im Betrieb einen kleinen versteckten Vorrat an alkoholischen Getränken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Trinken Sie Alkohol, um Streßsituationen besser bewältigen zu können oder um Ärger und Sorgen zu vergessen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Sind Sie oder/und Ihre Familie schon einmal wegen Ihres Trinkens in finanzielle Schwierigkeiten geraten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Sind Sie schon einmal wegen Fahrens unter Alkoholeinfluß mit der Polizei in Konflikt gekommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Jede mit „ja“ beantwortete Frage wird mit einem Punkt bewertet, die Fragen 3, 7, 8, 14 mit vier Punkten. Bei einer Punktzahl von sechs und mehr liegt eine Alkoholgefährdung vor.

(entwickelt vom Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München)