

FRAGEBOGEN FÜR ALKOHOLGEFÄHRDETE

	JA	NEIN
1. Ist der Alkohol für Sie zur gerne gebrauchten Medizin geworden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Trinken Sie, weil Ihnen der Alkohol Kraft und Mut gibt und Ihre Leistungsfähigkeit verbessert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Trinken Sie, weil Ihnen der Alkohol eine befriedigende Erleichterung verschafft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Trinken Sie, um sicherer und selbständiger zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Fühlen Sie sich nach einigen Gläsern in der Gesellschaft anderer unbefangener und wohler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Können Sie unter Alkoholeinfluss in der Gemeinschaft besser aus sich herausgehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Trinken Sie, weil Sie unangenehme Dinge vergessen wollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Trinken Sie, damit Ihnen alles leichter und weniger gefährlich erscheint?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Nehmen Sie regelmäßig zum Alkohol Zuflucht, wenn es gilt, Hemmungen und Spannungen zu überwinden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Trinken Sie, um Unlustgefühle und traurige Verstimmungen zu beseitigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Trinken Sie, um mit äußeren Konflikten und Schwierigkeiten besser fertig zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Trinken Sie, um Ihren Ärger und Ihre schlechte Laune zu beheben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Trinken Sie, um innere Ruhe und Schlaf zu finden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Trinken Sie heimlich? Suchen Sie nach Gelegenheiten, wo Sie ohne Wissen der anderen ein paar Gläser trinken können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Trinken Sie die ersten Gläser hastig oder gierig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Denken Sie häufig an Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Heben Sie vor einer Einladung mal ganz schnell einen, um richtig in Stimmung zu sein? Trinken Sie bei Einladungen zwischendurch heimlich in der Küche, im Gang oder auf der Toilette?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Haben Sie wegen Ihres Trinkens Schuldgefühle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Vermeiden Sie in Gesprächen Anspielungen auf den Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ist Ihnen aufgefallen, dass Sie anders trinken als die anderen Menschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Befürchten Sie, dass Ihr Trinken Sie von den anderen isolieren könnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Verstecken Sie alkoholische Getränke, um ohne Wissen der anderen trinken zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Leiden Sie an Gedächtnislücken nach starkem Trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEIN
24. Haben Sie nach den ersten Gläsern ein unwiderstehliches Verlangen weiterzutrinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Sind Sie nicht mehr in der Lage, Ihr Trinken willensmäßig unter Kontrolle zu halten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Können Sie nicht mehr mäßig trinken? Hat Ihr Alkoholverbrauch zugenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Kommt es vor, dass Sie sich mit Alkohol entspannen wollen und dann betrunken sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Können Sie Ihre Versprechen nicht mehr einhalten, obwohl Sie die feste Absicht haben, sie auch zu verwirklichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Müssen Sie die Feststellung machen, dass sich Ihre innere Spannung durch Alkohol nicht mehr lösen lässt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Gebrauchen Sie Ausreden und Entschuldigungen, warum Sie trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Werden Ihnen von der Familie und Ihren guten Freunden Vorwürfe gemacht wegen des Trinkens? Werden Sie getadelt und gewarnt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Versuchen Sie, Ihrer Umwelt glaubhaft zu machen, dass Sie durchaus in der Lage sind, Alkohol mäßig zu trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Versuchen Sie, sich selbst und Ihre Umgebung davon zu überzeugen, dass Sie sich heute ganz zu Recht betrunken haben (Geburtstagsfeier, unverhofftes Treffen mit Studienkameraden o. ä.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ist Ihrem Chef und Ihren Arbeitskollegen Ihr Trinken aufgefallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Versuchen Sie Ihre innere Unsicherheit dadurch zu verbergen, dass Sie nach außen betont selbstsicher und forsch auftreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Neigen Sie zu übertriebener Großzügigkeit, Verschwendung und legen ein großspuriges Benehmen an den Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Zeigen Sie gelegentlich ein gereiztes und aggressives Benehmen gegen Ihre Umwelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Suchen Sie in Ihrer gereizten Stimmung irgendwelche Fehler bei Ihren Angehörigen, um ihnen Vorwürfe machen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Sind Sie aufgebracht, wenn Ihr Ehepartner versucht, Sie vom Alkohol fernzuhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Sind Sie voller Selbstvorwürfe wegen des Trinkens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Versuchen Sie, periodenweise völlig ohne Alkohol zu leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Versuchen Sie ein Trinksystem (z. B. nicht vor bestimmten Zeiten zu trinken), oder wechseln Sie die Alkoholsorte (z. B. anstatt Bier und Schnaps nur noch Wein zu trinken)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEIN
43. Wechseln Sie häufiger die Stellung, den Arbeitsplatz? Kündigen Sie wegen Ihres Trinkens oder müssen Sie kündigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Richten Sie Ihre Arbeit und Ihren Lebensstil nach Ihrem Trinken aus? Konzentriert sich Ihr ganzes Interesse immer mehr auf den Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Haben Sie schon einmal bei einem Arbeitsplatzwechsel Überlegungen angestellt, welche Art von Arbeit Ihr Trinken am wenigsten stören würde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Sind Sie infolge des zunehmenden Alkoholgenusses interesseloser geworden (z. B. Interesse an Hobbys, Kindererziehung usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Trinken Sie gerne heimlich und allein, weil Sie sich z. B. von Ihrer Umgebung isoliert fühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Zeigen Sie ein starkes Selbstmitleid, und bedauern Sie sich selbst wegen Ihrer Schwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Haben Sie das Gefühl, dass alle gegen Sie sind, dass keiner Sie versteht und dass Sie das »ärmste und verlassenste Geschöpf der ganzen Welt« sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Haben Sie sich gedanklich damit beschäftigt, von zu Hause wegzugehen bzw. dies auch getan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Hat sich Ihr Trinken auf Ihr Familienleben ausgewirkt? Z. B. getrennte Schlafzimmer oder getrennte Wohnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Neigen Sie dazu, sich einen Vorrat an Alkohol zu sichern? Haben Sie eine oder mehrere Flaschen im Kleiderschrank, unter dem Bett oder an sonstigen Stellen versteckt, um jederzeit den notwendigen »Stoff« zur Verfügung zu haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Hat Ihr Trinken zur Folge, dass Sie nicht mehr regelmäßig essen und stattdessen »flüssiges Brot« zu sich nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Wurden Sie wegen organischer Schäden (Magengeschwür, Gastritis, Leberschwellung, Kreislaufschäden) in einem Krankenhaus behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Hat sich in letzter Zeit Ihre Geschlechtskraft bzw. Ihr Interesse am Geschlechtsverkehr verändert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Sind Sie auf Ihren Partner eifersüchtig? Misstrauen Sie ihm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Hat Ihr Ehepartner die Scheidung beantragt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Beobachten Sie morgendliches Zittern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Trinken Sie regelmäßig am Morgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Waren Sie schon am Tage und mitten in der Woche betrunken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Haben Sie einige Tage hintereinander getrunken und waren unfähig, etwas anderes zu unternehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEIN
62. Kam es in betrunkenem Zustand zu Tätlichkeiten gegen andere? Wurden Sie reizbarer? Wurden Sie wegen Ausschreitungen eines Lokals verwiesen oder von der Polizei festgenommen und zur Ausnüchterung gebracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Haben Sie wegen Trunkenheit am Arbeitsplatz Ihre Stellung verloren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Haben Sie oder Ihre Angehörigen einen Arzt oder Nervenarzt aufgesucht, in der Hoffnung, Rat oder Hilfe wegen des Trinkens zu bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Sind bei Ihnen erhebliche Schlafstörungen aufgetreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Nehmen Sie zum Alkohol auch Tabletten, um eine raschere Wirkung hervorzurufen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Scheuen Sie keinerlei Machenschaft, um in den Besitz von Alkohol zu kommen? Schrecken Sie vor keiner Lüge zurück?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Legen Sie keinen Wert mehr auf Ihr Äußeres und lassen Sie sich in jeder Hinsicht gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Wird Ihr Denkvermögen beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Trinken Sie mit Personen, die weit unter Ihrem Niveau stehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Wenn Sie nichts anderes zur Verfügung haben, nehmen Sie dann auch zu technischen Produkten Zuflucht (z. B. Haarwasser, Franzbranntwein oder auch billigem Wermut)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Hat Ihr Alkoholverbrauch in letzter Zeit abgenommen, oder stellen Sie sogar einen eindeutigen Verlust Ihrer Alkoholverträglichkeit fest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Treten bei Ihnen unerklärliche Ängste auf oder das Gefühl, bedroht oder verfolgt zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Wird bei Ihnen ein starkes Zittern zur Dauererscheinung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Haben Sie die Fähigkeit verloren, eine Tätigkeit, wie etwa das Aufziehen einer Uhr, das Trinken aus einer Tasse oder das Rasieren, ohne vorheriges Trinken auszuführen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. Nimmt das Trinken bei Ihnen eine zwanghafte Form an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. Hatten Sie schon einmal Trugwahrnehmungen? Hörten oder sahen Sie Dinge, die in Wirklichkeit nicht vorhanden waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. Waren Sie schon einmal vollkommen am Ende mit Ihren Ausflüchten und Lügen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. Hatten Sie bereits Selbstmordgedanken oder auch einen Selbstmordversuch unternommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. Hatten Sie schon einmal ein Delirium tremens (Säuferwahnsinn)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>