

Der Mensch ist des Menschen Medizin



Fragebogen zu Suchtverhalten, wenn sie das Wort Alkohol durch z. B. Negative Gefühle, Essen, Arbeit ... ersetzen

Sind Sie Alkoholiker?

Nach einem Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von Prof. E.M. Jellinek

- | Ja | Nein | Vorstadium |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leiden Sie an Gedächtnislücken nach starkem Trinken? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trinken Sie heimlich? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Denken Sie häufig an Alkohol? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trinken Sie die ersten Gläser hastig? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben Sie wegen Ihres Trinkens Schuldgefühle? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vermeiden Sie in Gesprächen Anspielungen auf Alkohol? |
| Kritische Phase | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben Sie nach den ersten Gläsern ein unwiderstehliches Verlangen weiter zu trinken? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gebrauchen Sie Ausreden, warum Sie trinken? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zeigen Sie ein besonders aggressives Benehmen gegen die Umwelt? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Neigen Sie zu innerer Zerknirschung und dauerndem Schuldgefühl wegen des Trinkens? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Versuchen Sie periodenweise völlig abstinent zu leben? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben Sie ein Trinksystem versucht (z.B. nicht vor bestimmten Zeiten zu trinken)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben Sie häufiger den Arbeitsplatz gewechselt? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Richten Sie Ihre Arbeit und Ihren Lebensstil auf den Alkohol ein? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben Sie einen Interesse-Verlust an anderen Dingen als Alkohol bemerkt? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zeigen Sie auffallendes Selbstmitleid? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben sich Änderungen im Familienleben ergeben? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Neigen Sie dazu, sich einen Vorrat an Alkohol zu sichern? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vernachlässigen Sie Ihre Ernährung? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wurden Sie wegen des Alkoholmissbrauches in ein Krankenhaus aufgenommen? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trinken Sie regelmäßig am Morgen? |
| Chronische Phase | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben Sie mitunter tagelang hintereinander getrunken? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beobachten Sie einen moralischen Abbau an sich selbst? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wurde Ihr Denkvermögen beeinträchtigt? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trinken Sie mit Personen, die weit unter Ihrem Niveau stehen? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trinken Sie gelegentlich technische Alkoholprodukte (Haarwasser oder Brennspiritus)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wurde die Verträglichkeit für Alkohol geringer? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beobachten Sie morgendliches Zittern? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wurde das Trinken zum Zwang? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hatten Sie bereits ein Alkoholdelir? |

Wenn Sie bei ehrlicher Selbstprüfung mehr als fünf Fragen mit „ja“ beantworten müssen, sollten Sie sich in ärztliche Behandlung begeben.