

AUDIT

1. Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk zu sich?

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|---|
| Niemals..... | <input type="checkbox"/> | 0 |
| 1 mal im Monat oder seltener..... | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2 bis 4 mal im Monat..... | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 2 bis 3 mal pro Woche..... | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 4 mal oder mehrmals in der Woche..... | <input type="checkbox"/> | 4 |

2. Wenn Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen, wieviel trinken Sie dann typischerweise an einem Tag?

Ein alkoholhaltiges Getränk ist z.B. ein kleines Glas oder eine Flasche Bier, ein kleines Glas Wein oder Sekt, ein einfacher Schnaps oder ein Glas Likör.

- | | | |
|-------------------|--------------------------|---|
| 1 - 2..... | <input type="checkbox"/> | 0 |
| 3 - 4..... | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 5 - 6..... | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 7 - 9..... | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 10 oder mehr..... | <input type="checkbox"/> | 4 |

3. Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit?

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---|
| Niemals..... | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Seltener als 1 mal im Monat | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 1 mal im Monat..... | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 1 mal pro Woche..... | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Täglich oder fast täglich..... | <input type="checkbox"/> | 4 |

4. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten erlebt, dass Sie nicht mehr mit dem Trinken aufhören konnten, nachdem Sie einmal begonnen hatten?

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---|
| Niemals..... | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Seltener als 1 mal im Monat | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 1 mal im Monat..... | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 1 mal pro Woche..... | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Täglich oder fast täglich..... | <input type="checkbox"/> | 4 |

5. Wie oft passierte es in den letzten 12 Monaten, dass Sie wegen des Trinkens Erwartungen, die man normaler Weise an Sie hat, nicht mehr erfüllen konnten?

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---|
| Niemals..... | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Seltener als 1 mal im Monat | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 1 mal im Monat..... | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 1 mal pro Woche..... | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Täglich oder fast täglich..... | <input type="checkbox"/> | 4 |

6. Wie oft brauchten Sie während der letzten 12 Monate am Morgen ein alkoholisches Getränk, um sich nach einem Abend mit viel Alkoholgenuß wieder fit zu fühlen?

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---|
| Niemals..... | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Seltener als 1 mal im Monat | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 1 mal im Monat..... | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 1 mal in der Woche..... | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Täglich oder fast täglich..... | <input type="checkbox"/> | 4 |

7. Wie oft hatten Sie während der letzten 12 Monate wegen Ihrer Trinkgewohnheiten Schuldgefühle oder Gewissensbisse?

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---|
| Niemals..... | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Seltener als 1 mal im Monat | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 1 mal im Monat..... | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 1 mal in der Woche..... | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Täglich oder fast täglich..... | <input type="checkbox"/> | 4 |

8. Wie oft haben Sie sich während der letzten 12 Monate nicht mehr an den vorangegangenen Abend erinnern können, weil Sie getrunken hatten?

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---|
| Niemals..... | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Seltener als 1 mal im Monat | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 1 mal im Monat..... | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 1 mal in der Woche..... | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Täglich oder fast täglich..... | <input type="checkbox"/> | 4 |

9. Haben Sie sich oder eine andere Person unter Alkoholeinfluss schon mal verletzt?

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|---|
| Nein..... | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Ja, aber nicht im letzten Jahr | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Ja, im letzten Jahr..... | <input type="checkbox"/> | 4 |

10. Hat ein Verwandter, Freund oder auch ein Arzt schon einmal Bedenken wegen Ihres Trinkverhaltens geäußert oder vorgeschlagen, dass Sie Ihren Alkoholkonsum einschränken?

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|---|
| Nein..... | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Ja, aber nicht im letzten Jahr | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Ja, im letzten Jahr..... | <input type="checkbox"/> | 4 |