



Alkoholabhängigkeit und schädlicher Gebrauch

Name: _____ Geb.Datum: _____ Untersuchungsdatum: _____

In den letzten zwölf Monaten wiederholt oder mindestens einen Monat lang...	Nein	Ja
(1) Verspürten Sie wiederholt oder kontinuierlich ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang Alkohol zu trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Haben Sie die Kontrolle über Ihren Alkoholkonsum verloren? D.h. Sie tranken größere Mengen/deutlich mehr Alkohol als beabsichtigt oder Sie haben erfolglos versucht bzw. den Wunsch verspürt, Ihren Konsum zu verringern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Haben Sie bei sich körperliche Veränderungen wie Zittern der Hände, Schwitzen oder Übelkeit feststellen können, wenn Sie weniger oder gar nichts tranken? Oder tranken Sie Alkohol mit der Absicht, mögliche Anzeichen für einen Entzug zu mildern oder zu vermeiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Mussten Sie deutlich mehr Alkohol trinken, um die gewünschte bzw. gleiche Wirkung zu erreichen? Oder war bei anhaltendem Konsum derselben Menge die Wirkung deutlich geringer? (Toleranzentwicklung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) Hatten Sie das Gefühl, dass das Alkoholtrinken auf wichtige Bereiche Ihres Lebens (Arbeit, Partnerschaft oder Freizeit) negative Auswirkungen hatte? Haben Sie z.B. wichtige Vergnügen oder Interessen vernachlässigt oder gänzlich aufgegeben? Oder haben Sie viel Zeit damit verbracht, Alkohol zu beschaffen, zu trinken oder sich von seinen Wirkungen zu erholen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) Haben Sie weiterhin/anhaltend Alkohol getrunken, obwohl Ihnen die schädlichen Folgen (Gesundheit, Psyche, soziales Umfeld) bewusst waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mindestens **drei** Merkmale aus (1) – (6) erfüllt? Nein Ja

Diagnose:

F	1	0.	2
---	---	----	---

Alkoholabhängigkeit

NEIN: Überprüfen Sie die Kriterien für schädlichen Gebrauch



Schädlicher Gebrauch

Während der vergangenen zwölf Monate...

		Nein	Ja
A	(1) Hat Ihr Alkoholkonsum zu körperlichen Problemen geführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) Hat der Alkoholkonsum zu psychischen Problemen wie eingeschränkter Urteilsfähigkeit oder auffälligem Verhalten geführt, so dass Sie z.B. unter Alkoholeinfluss Auto gefahren sind oder wiederholt in Streitigkeiten geraten sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) Hat der Alkoholkonsum zu negativen Konsequenzen in Ihren zwischenmenschlichen Beziehungen geführt, wie z.B. Streitigkeiten in Ihrer Familie oder Partnerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Hat diese Art des Alkoholkonsums mindestens einen Monat lang angehalten oder kam sie wiederholt innerhalb der letzten zwölf Monate vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mindestens ein Merkmal aus A <u>und</u> Merkmal B sind erfüllt?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	→ Ende	

Diagnose:	F	1	0.	1	←
Schädlicher Gebrauch von Alkohol					