

Selbsttest Alkohol

Ja Nein

	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. Werden 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 öfter 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 mal Gewissensbisse (Schuldgefühle) empfunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Haben Sie ein Trinksystem versucht, z.B. nicht vor einer bestimmten Zeit 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 Alkoholkonsums 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 alleine sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.