



Kruis aan wat voor u problemen oplevert. Als meerdere van toepassing zijn, kies dan wat op dit moment het meest problemen geeft.

1 Alcohol	<input type="checkbox"/>	6 Stimulantia (Amfetamines, khat, pepmiddelen, speed)	<input type="checkbox"/>
2 Tabak, nicotine (Sigaretten, shag, sigaren, pijp, snuif- pruimtabak)	<input type="checkbox"/>	7 Ecstasy/XTC (MDMA of andere psychedelische amfetaminen zoals MDEA, MDA of 2CB)	<input type="checkbox"/>
3 Cannabis (Hasjiesj, marihuana, weed)	<input type="checkbox"/>	8 Andere drugs (bijvoorbeeld: psychedelica, inhalantia, poppers, GHB, paddo's). Schrijf op welke drug:	<input type="checkbox"/>
4 Opiaten (Methadon, heroïne, overige opiaten zoals codeïne)	<input type="checkbox"/>	9 Sedativa (kalmerings- slaapmiddelen, benzodiazepinen)	<input type="checkbox"/>
5 Cocaïne (Crack, gekookte (base) coke, snuifcoke)	<input type="checkbox"/>	10 Gokken Schrijf op waarop of waarmee u gokt:	<input type="checkbox"/>

Houd bij de volgende vragen het middel voor ogen waarvan u heeft aangegeven dat het de meeste problemen geeft. Zet een cirkel om Ja of Nee.

Heeft u in de afgelopen 12 maanden . . .

12 maanden

1 regelmatig een sterk verlangen gehad om het middel te gebruiken?	Ja	Nee
2 regelmatig het verlangen gehad om te stoppen met gebruik?	Ja	Nee
3 zonder succes geprobeerd te stoppen met gebruik of te minderen?	Ja	Nee
4 veel tijd besteed aan het gebruik, verkrijgen, of bijkomen van de effecten ervan?	Ja	Nee
5 vaak meer of langer gebruikt dan u van plan was?	Ja	Nee
6 het vaak moeilijk gevonden te stoppen voor u 'dronken' of 'high' was?	Ja	Nee
7 gemerkt dat u veel meer van het middel nodig had om hetzelfde effect te bereiken?	Ja	Nee
8 zich ziek of onwel gevoeld als u probeerde te stoppen of minderen?	Ja	Nee
9 gebruikt om te voorkomen dat u zich ziek of onwel zou gaan voelen?	Ja	Nee
10 toch gebruikt, terwijl u wist dat het gezondheidsproblemen of emotionele of psychische problemen bij u veroorzaakte?	Ja	Nee
11 toch gebruikt terwijl u wist dat dat problemen gaf met uw familie, vrienden, op uw werk of op school?	Ja	Nee
12 door uw gebruik belangrijke activiteiten moeten opgeven of sterk verminderen - zoals sport, werk, of omgaan met vrienden of familie?	Ja	Nee
13 regelmatig uw werkzaamheden op school, op uw werk of thuis niet goed kunnen doen als gevolg van het gebruik?	Ja	Nee
14 meer dan eens gebruikt in situaties waarin dat gevaarlijk was (bijvoorbeeld bij autorijden, of het bedienen van een machine terwijl u onder invloed was)	Ja	Nee