

0a Kreuzen Sie an, womit Sie die meisten Probleme haben. Wenn mehrere Angaben auf Sie zutreffen, wählen Sie *nur*, womit Sie momentan am meisten Probleme haben.

Aktuell	1 Alkohol	<input type="checkbox"/>	6 Ecstasy/XTC (MDMA oder andere sowie MDEA, MDA oder 2CB)	<input type="checkbox"/>
	2 Tabak (Zigaretten, Shag, Zigarren, Pfeife, Schnupftabak)	<input type="checkbox"/>	7 Halluzinogene (PCB, Ketamine, Mescaline, Psilocybin, DMT, LSD)	<input type="checkbox"/>
	3 Cannabis (Haschisch, Marihuana, Gras)	<input type="checkbox"/>	8 Andere Drogen (GHB, Inhalantien, Lachgas, Poppers) Notieren Sie die Substanz(en):	<input type="checkbox"/>
	4 Opiate (Heroin, Methadon, Buprenorphin, Morphin, Codein, Oxycodon, Fentanyl)	<input type="checkbox"/>	9 Sedativa (Beruhigungs- und Schlafmittel, Benzodiazepine)	<input type="checkbox"/>
	5 Stimulanzien (Kokain, Amphetamine, sonstige z.B. Methylphenidat, Khat)	<input type="checkbox"/>	10 Glücksspiel Notieren Sie, was Sie spielen:	<input type="checkbox"/>

4a Denken Sie bei den folgenden Fragen an die Substanz, mit der Sie die meisten Probleme haben.

«Haben Sie in den letzten 12 Monaten ...» Markieren Sie Ja oder Nein.

12 Monate	1 ...regelmäßig ein starkes Verlangen gehabt, die Substanz zu konsumieren?	Ja	Nein
	2 ...regelmäßig den Wunsch gehabt, den Substanzkonsum aufzugeben?	Ja	Nein
	3 ...viel Zeit damit verbracht, die Substanz zu besorgen, einzunehmen oder sich von den Wirkungen zu erholen?	Ja	Nein
	4 ...festgestellt, dass Sie viel mehr von der Substanz benötigten, um den gleichen Effekt zu erzielen?	Ja	Nein
	5 ...sich krank oder unwohl gefühlt, wenn Sie probiert haben, weniger zu konsumieren oder ganz aufzuhören?	Ja	Nein
	6 ...häufig mehr oder länger konsumiert, als Sie eigentlich vorhatten?	Ja	Nein
	7 ...den Konsum fortgesetzt, obwohl Sie wussten, dass der Konsum gesundheitliche, emotionale oder psychische Probleme verursachte?	Ja	Nein
	8 ...den Konsum fortgesetzt, obwohl Sie wussten, dass der Konsum Probleme mit der Familie, Freunden, bei der Arbeit oder in der Schule verursachte?	Ja	Nein
	9 ...wegen Ihres Konsums wichtige Aktivitäten wie Sport, Arbeit oder Zusammensein mit Freunden oder Verwandten eingeschränkt oder gänzlich aufgegeben?	Ja	Nein
	10 ...wegen Ihres Konsums regelmäßig Ihren Verpflichtungen in der Schule, bei der Arbeit, oder zu Hause nicht gut nachkommen können?	Ja	Nein
	11 ...mehr als einmal in Situationen mit erhöhtem Verletzungsrisiko konsumiert (z. B. high sein, während Sie einen Roller oder ein Auto lenken, ein Messer benutzen, eine Maschine bedienen mussten)?	Ja	Nein

4b Wenn Sie mit Glücksspiel Probleme haben, beantworten Sie die folgenden Fragen.

«In den letzten 12 Monaten ...» Markieren Sie Ja oder Nein.

12 Monate	1 ...waren Sie öfter stark eingenommen durch Gedanken an Glücksspiel?	Ja	Nein
	2 ...mussten Sie immer mehr Geld setzen, um die gewünschte Erregung zu erreichen?	Ja	Nein
	3 ...haben Sie wiederholt erfolglos versucht, das Glücksspielen zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben?	Ja	Nein
	4 ...wurden Sie unruhig oder reizbar bei Versuchen, das Glücksspiel einzuschränken oder aufzugeben?	Ja	Nein
	5 ...haben Sie häufig gespielt, wenn Sie sich gestresst gefühlt haben (z. B. bei Hilflosigkeit, Schuldgefühlen, Angst, depressiver Stimmung)?	Ja	Nein
	6 ...haben Sie oft nach Verlusten erneut gespielt, um den Verlust auszugleichen?	Ja	Nein
	7 ...haben Sie gelogen um zu vertuschen wie viel Sie gespielt haben?	Ja	Nein
	8 ...haben Sie aufgrund des Glücksspiels eine wichtige Beziehung, Ihren Arbeitsplatz oder Ihre Ausbildungs- oder Aufstiegschancen riskiert oder verloren?	Ja	Nein
	9 ...haben Sie sich auf die finanzielle Unterstützung anderer verlassen, um eine durch das Glücksspiel verursachte finanzielle Notlage zu überwinden?	Ja	Nein