

0a Kruis aan wat voor u het meest problemen oplevert.
 Als meerdere van toepassing zijn, kies dan *alleen* wat op dit moment het meest problemen geeft.

Huidig	1 Alcohol	<input type="checkbox"/>	6 Ecstasy/XTC (<i>MDMA of andere, zoals MDEA, MDA of 2CB</i>)	<input type="checkbox"/>
	2 Tabak (<i>sigaretten, shag, sigaren, pijp, snuifpruimtabak</i>)	<input type="checkbox"/>	7 Hallucinogenen (<i>PCP, ketamine, mescaline, psilocybin, DMT, LSD</i>)	<input type="checkbox"/>
	3 Cannabis (<i>hasjiesj, marihuana, weed</i>)	<input type="checkbox"/>	8 Andere drugs (<i>GHB, inhalantia, lachgas, poppers</i>) Schrijf op welke drug:	<input type="checkbox"/>
	4 Opiaten (<i>heroïne, methadon, buprenorphine, morfine, codeïne, oxycodone, fentanyl</i>)	<input type="checkbox"/>	9 Sedativa (<i>kalmerings- slaapmiddelen, benzodiazepinen</i>)	<input type="checkbox"/>
	5 Stimulantia (<i>cocaine, amphetamines, overigen zoals methylphenitaat, khat</i>)	<input type="checkbox"/>	10 Gokken Schrijf opwaarop of waarmee u gokt:	<input type="checkbox"/>

4a Houd bij de volgende vragen het middel voor ogen waarvan u heeft aangegeven dat het de meeste problemen geeft.

«Heeft u in de afgelopen 12 maanden . . .» *Omcirkel Ja of Nee.*

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 . . . veel tijd besteed aan het gebruik, verkrijgen, of bijkomen van de effecten ervan?	Ja	Nee
	4 . . .gemerkt dat u veel meer van het middel nodig had om hetzelfde effect te bereiken?	Ja	Nee
	5 . . .zich ziek of onwel gevoeld als u probeerde te stoppen of minderen?	Ja	Nee
	6 . . .vaak meer of langer gebruikt dan u van plan was?	Ja	Nee
	7 . . .toch gebruikt, terwijl u wist dat het gezondheidsproblemen of emotionele of psychische problemen bij u veroorzaakte?	Ja	Nee
	8 . . .toch gebruikt terwijl u wist dat dat problemen gaf met uw familie, vrienden, op uw werk of op school?	Ja	Nee
	9 . . .door uw gebruik belangrijke activiteiten moeten opgeven of sterk verminderen - zoals sport, werk, of omgaan met vrienden of familie?	Ja	Nee
	10 . . .regelmatig uw werkzaamheden op school, op uw werk of thuis niet goed kunnen doen als gevolg van het gebruik?	Ja	Nee
	11 . . .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

4b Als gokken voor u problemen geeft, vul dan de volgende vragen in.

«In de afgelopen 12 maanden . . .» *Omcirkel Ja of Nee.*

12 maanden	1 . . .werd u vaak in beslag genomen door gedachten over gokken?	Ja	Nee
	2 . . .heeft u gemerkt dat u met veel meer geld moest gokken om de gewenste opwindung te krijgen?	Ja	Nee
	3 . . .heeft u regelmatig zonder succes geprobeerd te stoppen of te minderen met gokken?	Ja	Nee
	4 . . .werd u onrustig of prikkelbaar als u stopte of minderde met gokken?	Ja	Nee
	5 . . .ging u vaak gokken als u zich zich gespannen voelde (bijv., hulpeloos, schuldig, angstig, depressief?)	Ja	Nee
	6 . . .ging u, als u geld verloren had vaak opnieuw gokken om het verlies goed te maken?	Ja	Nee
	7 . . .heeft u gelogen om te verbergen hoeveel u gokte?	Ja	Nee
	8 . . .heeft u vanwege het gokken een belangrijke relatie, uw werk, of carrièremogelijkheden op het spel gezet of verloren?	Ja	Nee
	9 . . .rekende u erop dat anderen u geld zouden geven als u in financiële nood kwam door het gokken?	Ja	Nee