

Testen Sie sich selbst einmal !

- | | ja | nein |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Leiden Sie in letzter Zeit häufiger an Zittern der Hände ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Leiden Sie in der letzten Zeit häufiger an einem Würgegefühl (Brechreiz), besonders morgens ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Wir das Zittern und der morgendliche Brechreiz besser, wenn Sie etwas Alkohol trinken ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Leiden Sie in letzter Zeit an starker Nervosität ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Haben Sie in Zeiten erhöhten Alkoholkonsums weniger gegessen ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Hatten Sie in der letzten Zeit öfters Schlafstörungen oder Alpträume ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Fühlen Sie sich ohne Alkohol gespannt und unruhig ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Haben Sie nach den ersten Gläsern ein unwiderstehliches Verlangen, weiter zu trinken ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Leiden Sie an Gedächtnislücken nach starkem Trinken ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Vertragen Sie z. Z. weniger Alkohol als früher ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haben Sie nach dem Trinken schon einmal Gewissensbisse (Schuldgefühle) empfunden ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Haben Sie ein Trinksystem versucht (z.B. nicht vor bestimmten Zeiten zu trinken ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Bringt Ihr Beruf Alkohol mit sich ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Hat man Ihnen an einer Arbeitsstelle schon einmal Vorhaltungen wegen Ihres Alkoholtrinkens gemacht ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Sind Sie weniger tüchtig, seitdem Sie trinken ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Trinken Sie gerne und regelmäßig ein Gläschen Alkohol, wenn Sie alleine sind ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Haben Sie einen Kreis von Freunden und Bekannten, in dem viel getrunken wird ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fühlen Sie sich sicherer, selbstbewußter, wenn Sie Alkohol getrunken haben ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Haben Sie zu Hause oder im Betrieb einen kleinen versteckten Vorrat mit alkoholischen Getränken ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Trinken Sie Alkohol, um Streßsituationen besser bewältigen zu können oder um Ärger und Sorgen zu vergessen ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. Sind Sie oder/und Ihre Familie schon einmal wegen Ihres Trinkens in finanzielle Schwierigkeiten geraten ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sind Sie schon einmal wegen Fahrens unter Alkoholeinfluß mit der Polizei in Konflikt gekommen ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Auswertung des Testes

Jede mit "Ja" beantwortete Frage erhält 1 Punkt, die Fragen 3, 7, 8, 14 erhalten 4 Punkte. bei einer Gesamtpunktzahl von 6 und mehr liegt eine Alkoholgefährdung vor. (Max-Planck-Institut für Psychatrie, München).

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------