

AUDIT Fragebogen zum Alkoholkonsum

1. Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk zu sich?

- ₀ ₁ ₂ ₃ ₄
 Niemals 1 mal im Monat
oder seltener 2 bis 4 mal
im Monat 2 bis 3 mal
pro Woche 4 mal oder
mehrmals in
der Woche

2. Wenn Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen, wie viel trinken Sie dann typischerweise an einem Tag?

Ein alkoholisches Getränk entspricht z. B. 1 Bier 0,25–0,30 l oder 1 Wein/Sekt 0,10–0,15 l oder 1 doppelter Schnaps/Likör 4 cl.

- ₀ ₁ ₂ ₃ ₄
 1–2 3–4 5–6 7–8 10 oder mehr

3. Wie oft trinken Sie 5 oder mehr Getränke zu einer Gelegenheit?

- ₀ ₁ ₂ ₃ ₄
 Niemals Seltener als
1 mal im Monat 1 mal pro Woche Täglich oder
fast täglich

	Nie- mals	Seltener als 1 mal im Monat	1 mal im Monat	1 mal pro Woche	Täglich oder fast täglich
4. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten erlebt, dass Sie nicht mehr mit dem Trinken aufhören konnten, nachdem Sie einmal begonnen hatten?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5. Wie oft passierte es in den letzten 12 Monaten, dass Sie wegen des Trinkens Erwartungen, die man an Sie in der Familie, im Freundeskreis und im Berufsleben hat, nicht mehr erfüllen konnten?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6. Wie oft brauchten Sie in den letzten 12 Monaten am Morgen ein erstes Glas, um sich nach einem Abend mit viel Alkoholgenuß wieder fit zu fühlen?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7. Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Monaten wegen Ihrer Trinkgewohnheiten Schuldgefühle oder Gewissensbisse?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8. Wie oft haben Sie sich während der letzten 12 Monate nicht mehr an den vergangenen Abend erinnern können, weil Sie getrunken hatten?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
	Nein	Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten		Ja, in den letzten 12 Monaten	
9. Haben Sie sich oder eine andere Person unter Alkoholeinfluss schon mal verletzt?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₂		<input type="checkbox"/> ₄	
10. Hat ein Verwandter, Freund oder auch ein Arzt schon einmal Bedenken wegen Ihres Trinkverhaltens geäußert oder vorgeschlagen, dass Sie Ihren Alkoholkonsum einschränken?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₂		<input type="checkbox"/> ₄	