

	Sind Sie Alkoholiker/in ?	ja / nein
1.	Leiden Sie an Gedächtnislücken nach starkem Trinken ?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
2.	Trinken Sie heimlich ?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
3.	Denken Sie häufig an Alkohol ?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
4.	Trinken Sie die ersten Gläser hastig ?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
5.	Haben Sie wegen des Trinkens Schuldgefühle ?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
6.	Vermeiden Sie in Gesprächen Anspielungen auf Alkohol ?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
7.	Haben Sie nach den ersten Gläsern ein unwiderstehliches Verlangen weiterzutrinken ?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
8.	Gebrauchen Sie Ausreden, warum Sie trinken ?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
9.	Zeigen Sie ein besonders aggressives Benehmen gegen die Umwelt ?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
10.	Versuchten Sie, periodenweise völlig abstinent zu leben ?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
11.	Neigen Sie zu innerer Zerknirschung und dauerndem Schuldgefühl wegen des Trinkens ?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
12.	Haben Sie ein Trinksystem versucht (z.B. nicht vor bestimmten Zeiten zu trinken) ?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
13.	Haben Sie alkoholfreien Getränken heimlich schon Alkohol beigefügt ?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
14.	Richten Sie Ihre Arbeit und Ihren Lebensstil auf den Alkohol ein ?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
15.	Haben Sie einen Interesse-Verlust an anderen Dingen als an Alkohol bemerkt ?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
16.	Zeigen Sie auffallendes Selbstmitleid ?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
17.	Haben sich Änderungen im Familienleben ergeben ?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
18.	Neigen Sie dazu, sich einen Vorrat an Alkohol zu sichern ?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
19.	Vernachlässigen Sie Ihre Ernährung ?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
20.	Wurden Sie wegen des Alkoholmißbrauchs in ein Krankenhaus aufgenommen ?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
21.	Glauben Sie, manchen Arbeitsvorgang nur verrichten zu können, wenn Sie sich vorher mit Alkohol "stimuliert" haben	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein

22.	Haben Sie mitunter tagelang hintereinander getrunken ?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
23.	Beobachten Sie einen moralischen Abbau an sich selbst ?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
24.	Wurde Ihr Denkvermögen beeinträchtigt ?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
25.	Trinken Sie mit Personen, die weit unter Ihrem Niveau stehen ?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
26.	Hat man über Sie schon mal bemerkt: " Sie trinken aber viel" ?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
27.	Wurde die Verträglichkeit für Alkohol geringer ?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
28.	Leiden Sie in letzter Zeit häufiger an einem Würgegefühl (Brechreiz), zittern Ihnen morgens schon mal die Hände ?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
29.	Wurde das Trinken zum Zwang ?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
30.	Hatten Sie bereits ein Alkoholdelirium ?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein

Wenn Sie bei ehrlicher Selbstprüfung mehr als 5 Fragen mit "Ja" beantworten müssen, besteht die Wahrscheinlichkeit, daß Sie Alkoholiker sind.

Sie sollten dann etwas für sich tun, z. B. Ihren Hausarzt konsultieren, eine Suchtberatungsstelle oder Selbsthilfegruppe in Ihrer Nähe aufsuchen.

Kreuzbund e. V. - Bundesgeschäftsstelle