

	<b>Sind Sie Alkoholiker/in ?</b>	<i>ja / nein</i>
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