

Fragebogen zum Selbstausfüllen

Bitte kreuzen Sie die jeweils zutreffenden Kästchen an. Die kleinen Zahlen neben den Kästchen werden nur für die Auswertung gebraucht.
Für Sie sind diese Zahlen ohne Bedeutung!

1. Hier stehen einige weitere Mittel, die man zur Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit, zur Verbesserung der Stimmung, zur Linderung von Ängsten oder Nervosität oder zur Stressbewältigung einnehmen kann. Bitte kreuzen Sie wieder für jedes Mittel an, ob Sie es schon mal zu dem oben genannten Zweck eingenommen haben. Falls Sie ein Mittel bereits genommen haben, geben Sie bitte in den Spalten rechts auch an, wann und wie häufig das der Fall war.

Mittel	Haben Sie dieses Mittel schon mal zu dem oben genannten Zweck eingenommen?	Wann haben Sie zuletzt dieses Mittel zu dem oben genannten Zweck eingenommen?	Wie häufig haben Sie dieses Mittel schon zu diesem Zweck konsumiert? (Nur bei 'Häufiger' oder 'Regelmäßig' folgt die letzte Spalte!)	Wie häufig nehmen Sie dieses Mittel in der Regel ein bzw. haben es eingenommen?
1. Amphetamine, z.B. Speed, Pep	Nein <input type="checkbox"/> → Weiter mit Mittel 2! Ja <input type="checkbox"/> → Weiter mit den nächsten Spalten <u>rechts</u> !	Innerhalb der letzten Woche <input type="checkbox"/> Innerhalb des letzten Monats <input type="checkbox"/> Innerhalb der letzten drei Monate <input type="checkbox"/> Innerhalb des letzten halben Jahres <input type="checkbox"/> Innerhalb des letzten Jahres <input type="checkbox"/> Innerhalb der letzten fünf Jahre <input type="checkbox"/> Vor über fünf Jahren <input type="checkbox"/>	Ein Mal <input type="checkbox"/> Ein paar Mal <input type="checkbox"/> Nicht regelmäßig, aber schon häufiger <input type="checkbox"/> → Regelmäßig <input type="checkbox"/> →	Mehrmals täglich <input type="checkbox"/> Einmal täglich <input type="checkbox"/> Mehrmals die Woche <input type="checkbox"/> Einmal die Woche <input type="checkbox"/> Mehrmals im Monat <input type="checkbox"/> Einmal im Monat <input type="checkbox"/> Seltener <input type="checkbox"/>
2. Antidementiva, z.B. Exelon, Aricept, Reminyl	Nein <input type="checkbox"/> → Weiter mit Mittel 3! Ja <input type="checkbox"/> → Weiter mit den nächsten Spalten <u>rechts</u> !	Innerhalb der letzten Woche <input type="checkbox"/> Innerhalb des letzten Monats <input type="checkbox"/> Innerhalb der letzten drei Monate <input type="checkbox"/> Innerhalb des letzten halben Jahres <input type="checkbox"/> Innerhalb des letzten Jahres <input type="checkbox"/> Innerhalb der letzten fünf Jahre <input type="checkbox"/> Vor über fünf Jahren <input type="checkbox"/>	Ein Mal <input type="checkbox"/> Ein paar Mal <input type="checkbox"/> Nicht regelmäßig, aber schon häufiger <input type="checkbox"/> → Regelmäßig <input type="checkbox"/> →	Mehrmals täglich <input type="checkbox"/> Einmal täglich <input type="checkbox"/> Mehrmals die Woche <input type="checkbox"/> Einmal die Woche <input type="checkbox"/> Mehrmals im Monat <input type="checkbox"/> Einmal im Monat <input type="checkbox"/> Seltener <input type="checkbox"/>
3. Medikamente auf Basis von Amphetamin, z.B. Adderall, Attentin	Nein <input type="checkbox"/> → Weiter mit Mittel 4! Ja <input type="checkbox"/> → Weiter mit den nächsten Spalten <u>rechts</u> !	Innerhalb der letzten Woche <input type="checkbox"/> Innerhalb des letzten Monats <input type="checkbox"/> Innerhalb der letzten drei Monate <input type="checkbox"/> Innerhalb des letzten halben Jahres <input type="checkbox"/> Innerhalb des letzten Jahres <input type="checkbox"/> Innerhalb der letzten fünf Jahre <input type="checkbox"/> Vor über fünf Jahren <input type="checkbox"/>	Ein Mal <input type="checkbox"/> Ein paar Mal <input type="checkbox"/> Nicht regelmäßig, aber schon häufiger <input type="checkbox"/> → Regelmäßig <input type="checkbox"/> →	Mehrmals täglich <input type="checkbox"/> Einmal täglich <input type="checkbox"/> Mehrmals die Woche <input type="checkbox"/> Einmal die Woche <input type="checkbox"/> Mehrmals im Monat <input type="checkbox"/> Einmal im Monat <input type="checkbox"/> Seltener <input type="checkbox"/>
4. Kokain	Nein <input type="checkbox"/> → Weiter mit Mittel 5! Ja <input type="checkbox"/> → Weiter mit den nächsten Spalten <u>rechts</u> !	Innerhalb der letzten Woche <input type="checkbox"/> Innerhalb des letzten Monats <input type="checkbox"/> Innerhalb der letzten drei Monate <input type="checkbox"/> Innerhalb des letzten halben Jahres <input type="checkbox"/> Innerhalb des letzten Jahres <input type="checkbox"/> Innerhalb der letzten fünf Jahre <input type="checkbox"/> Vor über fünf Jahren <input type="checkbox"/>	Ein Mal <input type="checkbox"/> Ein paar Mal <input type="checkbox"/> Nicht regelmäßig, aber schon häufiger <input type="checkbox"/> → Regelmäßig <input type="checkbox"/> →	Mehrmals täglich <input type="checkbox"/> Einmal täglich <input type="checkbox"/> Mehrmals die Woche <input type="checkbox"/> Einmal die Woche <input type="checkbox"/> Mehrmals im Monat <input type="checkbox"/> Einmal im Monat <input type="checkbox"/> Seltener <input type="checkbox"/>
5. Metamphetamin, z.B. Crystal Meth/Crystal	Nein <input type="checkbox"/> → Weiter mit Mittel 6! Ja <input type="checkbox"/> → Weiter mit den nächsten Spalten <u>rechts</u> !	Innerhalb der letzten Woche <input type="checkbox"/> Innerhalb des letzten Monats <input type="checkbox"/> Innerhalb der letzten drei Monate <input type="checkbox"/> Innerhalb des letzten halben Jahres <input type="checkbox"/> Innerhalb des letzten Jahres <input type="checkbox"/> Innerhalb der letzten fünf Jahre <input type="checkbox"/> Vor über fünf Jahren <input type="checkbox"/>	Ein Mal <input type="checkbox"/> Ein paar Mal <input type="checkbox"/> Nicht regelmäßig, aber schon häufiger <input type="checkbox"/> → Regelmäßig <input type="checkbox"/> →	Mehrmals täglich <input type="checkbox"/> Einmal täglich <input type="checkbox"/> Mehrmals die Woche <input type="checkbox"/> Einmal die Woche <input type="checkbox"/> Mehrmals im Monat <input type="checkbox"/> Einmal im Monat <input type="checkbox"/> Seltener <input type="checkbox"/>
6. Methylphenidat, z.B. Ritalin, Concerta, Medikinet	Nein <input type="checkbox"/> → Weiter mit Mittel 7! Ja <input type="checkbox"/> → Weiter mit den nächsten Spalten <u>rechts</u> !	Innerhalb der letzten Woche <input type="checkbox"/> Innerhalb des letzten Monats <input type="checkbox"/> Innerhalb der letzten drei Monate <input type="checkbox"/> Innerhalb des letzten halben Jahres <input type="checkbox"/> Innerhalb des letzten Jahres <input type="checkbox"/> Innerhalb der letzten fünf Jahre <input type="checkbox"/> Vor über fünf Jahren <input type="checkbox"/>	Ein Mal <input type="checkbox"/> Ein paar Mal <input type="checkbox"/> Nicht regelmäßig, aber schon häufiger <input type="checkbox"/> → Regelmäßig <input type="checkbox"/> →	Mehrmals täglich <input type="checkbox"/> Einmal täglich <input type="checkbox"/> Mehrmals die Woche <input type="checkbox"/> Einmal die Woche <input type="checkbox"/> Mehrmals im Monat <input type="checkbox"/> Einmal im Monat <input type="checkbox"/> Seltener <input type="checkbox"/>
7.	Nein <input type="checkbox"/> → Weiter mit <u>Frage 2</u> !	Innerhalb der letzten Woche <input type="checkbox"/> Innerhalb des letzten Monats <input type="checkbox"/>	Ein Mal <input type="checkbox"/> Ein paar Mal <input type="checkbox"/>	Mehrmals täglich <input type="checkbox"/> Einmal täglich <input type="checkbox"/>

Modafinil, z.B. Vigil, Provigil	Ja <input type="checkbox"/> → Weiter mit den nächsten Spalten <u>rechts</u> !	Innerhalb der letzten drei Monate <input type="checkbox"/> Innerhalb des letzten halben Jahres <input type="checkbox"/> Innerhalb des letzten Jahres <input type="checkbox"/> Innerhalb der letzten fünf Jahre <input type="checkbox"/> Vor über fünf Jahren <input type="checkbox"/>	Nicht regelmäßig, aber schon häufiger <input type="checkbox"/> → Regelmäßig <input type="checkbox"/> →	Mehrmals die Woche <input type="checkbox"/> Einmal die Woche <input type="checkbox"/> Mehrmals im Monat <input type="checkbox"/> Einmal im Monat <input type="checkbox"/> Seltener <input type="checkbox"/>
---------------------------------	---	---	---	---

2. Wie viele der eben genannten Mittel 1 bis 7 haben Sie schon mal eingenommen?

Keines	<input type="checkbox"/> → Weiter mit Frage 8
Eins	<input type="checkbox"/> → Weiter mit Frage 4
Mehrere	<input type="checkbox"/> → Weiter mit Frage 3

3. Welches dieser Mittel 1 bis 7 ist für Sie zur Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit, zur Verbesserung der Stimmung, zur Linderung von Ängsten oder Nervosität oder zur Stressbewältigung das wichtigste? Bitte kreuzen Sie nur ein Mittel an!

1. Amphetamine, z.B. Speed, Pep	<input type="checkbox"/>
2. Antidementiva, z.B. Exelon, Aricept, Reminyl	<input type="checkbox"/>
3. Medikamente auf Basis von Amphetamin, z.B. Adderall, Attentin	<input type="checkbox"/>
4. Kokain	<input type="checkbox"/>
5. Metamphetamin, z.B. Crystal Meth/Crystal	<input type="checkbox"/>
6. Methylphenidat, z.B. Ritalin, Concerta, Medikinet	<input type="checkbox"/>
7. Modafinil, z.B. Vigil, Provigil	<input type="checkbox"/>

4. Aus welchem Anlass haben Sie dieses Mittel eingenommen? Bitte kreuzen Sie für jeden genannten Grund an, wie sehr dieser auf Sie zutrifft. (Falls Sie mehrere der Mittel 1 bis 7 eingenommen haben, beantworten Sie diese und die nächsten Fragen bitte für das wichtigste.)

	Trifft voll und ganz zu 1	2	3	4	Trifft überhaupt nicht zu 5
Ich war neugierig auf die Wirkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es hat sich einfach die Gelegenheit geboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe an Schlafmangel gelitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte so gut arbeiten können wie meine Kollegen/Kommilitonen/Mitschüler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte Angst gekündigt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte ganz allgemein die Anforderungen im Beruf/an der Uni/in der Schule besser bewältigen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte die Anforderungen in meiner Freizeit besser bewältigen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte die Anforderungen im Haushalt besser bewältigen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte bei bestimmten Terminen/Anlässen besonders leistungsfähig sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich wollte gegenüber anderen Menschen souveräner auftreten können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte Prüfungssituationen besser meistern können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte besser arbeiten können als meine Kollegen/Kommilitonen/Mitschüler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte besser mit den Auswirkungen und Anforderungen von Schichtarbeit klarkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte langweilige Tätigkeiten besser durchstehen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte mehr Anerkennung bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte Stress-Situationen besser bewältigen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Und was wollten Sie mit der Einnahme dieses Mittels bezwecken? Bitte kreuzen Sie für jeden genannten Zweck an, wie sehr dieser auf Sie zutrifft.

	Trifft voll und ganz zu 1	2	3	4	Trifft über- haupt nicht zu 5
Verbesserung der Konzentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekämpfung von Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Gedächtnisleistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schneller arbeiten können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Stimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Gelassenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Motivation für bestimmte Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzlinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lockerer sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beseitigung innerer Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekämpfung von Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchhaltevermögen stärken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnelleres Erholen nach stressigen Situationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Was würden Sie alles in allem sagen: Hat die Einnahme dieses Mittels ihren Zweck erfüllt bzw. erfüllt sie ihn derzeit?

- ☐ Ja, voll und ganz
☐ Ja, eher
☐ Nein, eher nicht
☐ Nein, überhaupt nicht

7. Wenn Sie einmal den Nutzen der Einnahme mit den Risiken vergleichen: Würden Sie sagen, das Risiko, das mit der Einnahme des Mittels verbunden ist, ist alles in allem vertretbar, oder ist es eher nicht vertretbar?

Vertretbar ☐
Nicht vertretbar ☐

8. Hier stehen einige weitere Mittel, die man zur Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit, zur Verbesserung der Stimmung, zur Linderung von Ängsten oder Nervosität oder zur Stressbewältigung einnehmen kann. Bitte kreuzen Sie wieder für jedes Mittel an, ob Sie es schon mal zu dem oben genannten Zweck eingenommen haben. Falls Sie ein Mittel bereits genommen haben, geben Sie bitte in den Spalten rechts auch an, wann und wie häufig das der Fall war.

Mittel	Haben Sie dieses Mittel schon mal zu dem oben genannten Zweck eingenommen?	Wann haben Sie zuletzt dieses Mittel zu dem oben genannten Zweck eingenommen?	Wie häufig haben Sie dieses Mittel schon zu diesem Zweck konsumiert? (Nur bei 'Häufiger' oder 'Regelmäßig' folgt die letzte Spalte!)	Wie häufig nehmen Sie dieses Mittel in der Regel ein bzw. haben es eingenommen?
8. Antidepressiva, z.B. Fluctin, Prozac, Seroxat, Cipramil, Cipralelex	Nein <input type="checkbox"/> → Weiter mit Mittel 9! Ja <input type="checkbox"/> → Weiter mit den nächsten Spalten <u>rechts</u> !	Innerhalb der letzten Woche <input type="checkbox"/> Innerhalb des letzten Monats <input type="checkbox"/> Innerhalb der letzten drei Monate <input type="checkbox"/> Innerhalb des letzten halben Jahres <input type="checkbox"/> Innerhalb des letzten Jahres <input type="checkbox"/> Innerhalb der letzten fünf Jahre <input type="checkbox"/> Vor über fünf Jahren <input type="checkbox"/>	Ein Mal <input type="checkbox"/> Ein paar Mal <input type="checkbox"/> Nicht regelmäßig, aber schon häufiger <input type="checkbox"/> → Regelmäßig <input type="checkbox"/> →	Mehrmals täglich <input type="checkbox"/> Einmal täglich <input type="checkbox"/> Mehrmals die Woche <input type="checkbox"/> Einmal die Woche <input type="checkbox"/> Mehrmals im Monat <input type="checkbox"/> Einmal im Monat <input type="checkbox"/> Seltener <input type="checkbox"/>
9. Benzodiazepine, z.B. Tavor oder Valium	Nein <input type="checkbox"/> → Weiter mit Mittel 10! Ja <input type="checkbox"/> → Weiter mit den nächsten Spalten <u>rechts</u> !	Innerhalb der letzten Woche <input type="checkbox"/> Innerhalb des letzten Monats <input type="checkbox"/> Innerhalb der letzten drei Monate <input type="checkbox"/> Innerhalb des letzten halben Jahres <input type="checkbox"/> Innerhalb des letzten Jahres <input type="checkbox"/> Innerhalb der letzten fünf Jahre <input type="checkbox"/> Vor über fünf Jahren <input type="checkbox"/>	Ein Mal <input type="checkbox"/> Ein paar Mal <input type="checkbox"/> Nicht regelmäßig, aber schon häufiger <input type="checkbox"/> → Regelmäßig <input type="checkbox"/> →	Mehrmals täglich <input type="checkbox"/> Einmal täglich <input type="checkbox"/> Mehrmals die Woche <input type="checkbox"/> Einmal die Woche <input type="checkbox"/> Mehrmals im Monat <input type="checkbox"/> Einmal im Monat <input type="checkbox"/> Seltener <input type="checkbox"/>
10. Beta Blocker, z.B. Metoprolol, Beloc	Nein <input type="checkbox"/> → Weiter mit <u>Frage 9</u> ! Ja <input type="checkbox"/> → Weiter mit den nächsten Spalten <u>rechts</u> !	Innerhalb der letzten Woche <input type="checkbox"/> Innerhalb des letzten Monats <input type="checkbox"/> Innerhalb der letzten drei Monate <input type="checkbox"/> Innerhalb des letzten halben Jahres <input type="checkbox"/> Innerhalb des letzten Jahres <input type="checkbox"/> Innerhalb der letzten fünf Jahre <input type="checkbox"/> Vor über fünf Jahren <input type="checkbox"/>	Ein Mal <input type="checkbox"/> Ein paar Mal <input type="checkbox"/> Nicht regelmäßig, aber schon häufiger <input type="checkbox"/> → Regelmäßig <input type="checkbox"/> →	Mehrmals täglich <input type="checkbox"/> Einmal täglich <input type="checkbox"/> Mehrmals die Woche <input type="checkbox"/> Einmal die Woche <input type="checkbox"/> Mehrmals im Monat <input type="checkbox"/> Einmal im Monat <input type="checkbox"/> Seltener <input type="checkbox"/>

9. Wie viele der eben genannten Mittel 8 bis 10 haben Sie schon mal eingenommen?

Keines ☐ → Weiter mit Frage 15
Eins ☐ → Weiter mit Frage 11
Mehrere ☐ → Weiter mit Frage 10

10. Welches dieser Mittel 8 bis 10 ist für Sie zur Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit, zur Verbesserung der Stimmung, zur Linderung von Ängsten oder Nervosität oder zur Stressbewältigung das wichtigste? Bitte kreuzen Sie nur ein Mittel an!

8. Antidepressiva, z.B. Fluctin, Prozac, Seroxat, Cipramil, Cipralelex ☐

9. Benzodiazepine, z.B. Tavor oder Valium ☐

10. Beta Blocker, z.B. Metoprolol, Beloc ☐

11. Aus welchem Anlass haben Sie dieses Mittel eingenommen? Bitte kreuzen Sie für jeden genannten Grund an, wie sehr dieser auf Sie zutrifft. (Falls Sie mehrere der Mittel 8 bis 10 eingenommen haben, beantworten Sie diese und die nächsten Fragen bitte für das wichtigste).

	Trifft voll und ganz zu 1	2	3	4	Trifft über- haupt nicht zu 5
Ich war neugierig auf die Wirkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es hat sich einfach die Gelegenheit geboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe an Schlafmangel gelitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte so gut arbeiten können wie meine Kollegen/Kommilitonen/Mitschüler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte Angst gekündigt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte ganz allgemein die Anforderungen im Beruf/an der Uni/in der Schule besser bewältigen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte die Anforderungen in meiner Freizeit besser bewältigen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte die Anforderungen im Haushalt besser bewältigen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte bei bestimmten Terminen/Anlässen besonders leistungsfähig sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte gegenüber anderen Menschen souveräner auftreten können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte Prüfungssituationen besser meistern können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte besser arbeiten können als meine Kollegen/Kommilitonen/Mitschüler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte besser mit den Auswirkungen und Anforderungen von Schichtarbeit klarkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte langweilige Tätigkeiten besser durchstehen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte mehr Anerkennung bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte Stress-Situationen besser bewältigen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Und was wollten Sie mit der Einnahme dieses Mittels bezwecken? Bitte kreuzen Sie für jeden genannten Zweck an, wie sehr dieser auf Sie zutrifft.

	Trifft voll und ganz zu 1	2	3	4	Trifft über- haupt nicht zu 5
Verbesserung der Konzentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekämpfung von Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Gedächtnisleistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schneller arbeiten können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Stimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Gelassenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Motivation für bestimmte Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzlinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lockerer sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beseitigung innerer Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekämpfung von Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchhaltevermögen stärken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnelleres Erholen nach stressigen Situationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Was würden Sie alles in allem sagen: Hat die Einnahme dieses Mittels ihren Zweck erfüllt bzw. erfüllt sie ihn derzeit?

- Ja, voll und ganz ☐
- Ja, eher ☐
- Nein, eher nicht ☐
- Nein, überhaupt nicht ☐

14. Wenn Sie einmal den Nutzen der Einnahme mit den Risiken vergleichen: Würden Sie sagen, das Risiko, das mit der Einnahme des Mittels verbunden ist, ist alles in allem vertretbar, oder ist es eher nicht vertretbar?

- Vertretbar ☐
- Nicht vertretbar ☐

15. Zum Schluss noch zu drei anderen Mitteln, die man zur Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit, zur Verbesserung der Stimmung, zur Linderung von Ängsten oder Nervosität oder zur Stressbewältigung einnehmen kann. Bitte kreuzen Sie an, ob Sie diese Mittel schon mal zu dem oben genannten Zweck eingenommen haben. Falls Sie schon mal Cannabis zu dem oben genannten Zweck eingenommen haben, geben Sie bitte in den Spalten rechts auch an, wann und wie häufig das der Fall war.

Mittel	Haben Sie dieses Mittel schon mal zu dem oben genannten Zweck eingenommen?	Wann haben Sie zuletzt dieses Mittel zu dem oben genannten Zweck eingenommen?	Wie häufig haben Sie dieses Mittel schon zu diesem Zweck konsumiert? (Nur bei 'Häufiger' oder 'Regelmäßig' folgt die letzte Spalte!)	Wie häufig nehmen Sie dieses Mittel in der Regel ein bzw. haben es eingenommen?
11. Heroin	Nein <input type="checkbox"/> → Weiter mit Mittel 12! Ja <input type="checkbox"/> → Weiter mit Mittel 12!	-----	-----	-----
12. Ecstasy, MDMA	Nein <input type="checkbox"/> → Weiter mit Mittel 13! Ja <input type="checkbox"/> → Weiter mit Mittel 13!	-----	-----	-----
13. Cannabis (Haschisch, Marihuana)	Nein <input type="checkbox"/> → Weiter mit Frage 20! Ja <input type="checkbox"/> → Weiter mit den nächsten Spalten <u>rechts</u> !	Innerhalb der letzten Woche <input type="checkbox"/> Innerhalb des letzten Monats <input type="checkbox"/> Innerhalb der letzten drei Monate <input type="checkbox"/> Innerhalb des letzten halben Jahres <input type="checkbox"/> Innerhalb des letzten Jahres <input type="checkbox"/> Innerhalb der letzten fünf Jahre <input type="checkbox"/> Vor über fünf Jahren <input type="checkbox"/>	Ein Mal <input type="checkbox"/> Ein paar Mal <input type="checkbox"/> Nicht regelmäßig, aber schon häufiger <input type="checkbox"/> → Regelmäßig <input type="checkbox"/> →	Mehrmals täglich <input type="checkbox"/> Einmal täglich <input type="checkbox"/> Mehrmals die Woche <input type="checkbox"/> Einmal die Woche <input type="checkbox"/> Mehrmals im Monat <input type="checkbox"/> Einmal im Monat <input type="checkbox"/> Seltener <input type="checkbox"/>

16. Aus welchem Anlass haben Sie Cannabis eingenommen? Bitte kreuzen Sie für jeden genannten Grund an, wie sehr dieser auf Sie zutrifft.

	Trifft voll und ganz zu 1	2	3	4	Trifft überhaupt nicht zu 5
Ich war neugierig auf die Wirkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es hat sich einfach die Gelegenheit geboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe an Schlafmangel gelitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte so gut arbeiten können wie meine Kollegen/Kommilitonen/Mitschüler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte Angst gekündigt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte ganz allgemein die Anforderungen im Beruf/an der Uni/in der Schule besser bewältigen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte die Anforderungen in meiner Freizeit besser bewältigen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte die Anforderungen im Haushalt besser bewältigen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich wollte bei bestimmten Terminen/Anlässen besonders leistungsfähig sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte gegenüber anderen Menschen souveräner auftreten können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte Prüfungssituationen besser meistern können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte besser arbeiten können als meine Kollegen/Kommilitonen/Mitschüler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte besser mit den Auswirkungen und Anforderungen von Schichtarbeit klarkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte langweilige Tätigkeiten besser durchstehen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte mehr Anerkennung bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte Stress-Situationen besser bewältigen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Und was wollten Sie mit der Einnahme von Cannabis bezwecken? Bitte kreuzen Sie für jeden genannten Zweck an, wie sehr dieser auf Sie zutrifft.

	Trifft voll und ganz zu 1	2	3	4	Trifft über- haupt nicht zu 5
Verbesserung der Konzentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekämpfung von Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Gedächtnisleistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schneller arbeiten können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Stimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Gelassenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Motivation für bestimmte Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzlinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lockerer sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beseitigung innerer Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekämpfung von Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchhaltevermögen stärken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnelleres Erholen nach stressigen Situationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Was würden Sie alles in allem sagen: Hat die Einnahme von Cannabis ihren Zweck erfüllt bzw. erfüllt sie ihn derzeit?

- Ja, voll und ganz ☐
Ja, eher ☐
Nein, eher nicht ☐
Nein, überhaupt nicht ☐

19. Wenn Sie einmal den Nutzen der Einnahme mit den Risiken vergleichen: Würden Sie sagen, das Risiko, das mit der Einnahme von Cannabis verbunden ist, ist alles in allem vertretbar, oder ist es eher nicht vertretbar?

- Vertretbar ☐
Nicht vertretbar ☐

20. Die folgende Frage richtet sich nur an Personen, die keines der in diesem Fragebogen abgefragten Mittel 1 bis 13 eingenommen haben! Haben Sie zumindest eines der Mittel mal zur Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit, zur Verbesserung der Stimmung, zur Linderung von Ängsten oder Nervosität oder zur Stressbewältigung eingenommen, setzen Sie den Fragebogen bitte direkt mit Frage 21 fort!

Es kann ja verschiedene Gründe haben, warum man keines der oben genannten Mittel eingenommen hat. Wie ist das bei Ihnen, warum haben Sie bisher keins dieser Mittel eingenommen? Bitte kreuzen Sie jeweils an, ob der genannte Grund auf Sie voll und ganz zutrifft, eher zutrifft, eher nicht zutrifft oder überhaupt nicht zutrifft.

	Trifft voll und ganz zu 1	2	3	4	Trifft über- haupt nicht zu 5
Das kommt für mich grundsätzlich nicht in Frage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß nicht, wie ich an diese Mittel kommen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte bisher keinen Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte bisher noch keine Gelegenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dafür möchte ich kein Geld ausgeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme nur Mittel, wenn es von einem Arzt als medizinisch notwendig erachtet wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte möglichst nicht in meine Hirntätigkeit eingreifen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine solche Vorgehensweise halte ich für unnatürlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hätte Angst vor Nebenwirkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das ist illegal, ich möchte nicht mit dem Gesetz in Konflikt kommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe an mich den Anspruch, Leistungen ohne Medikamente erbringen zu wollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hätte Angst, meinen Körper bzw. meine Gesundheit zu ruinieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hätte Angst, abhängig zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wusste nicht, dass es solche Mittel gibt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde es ungerecht gegenüber anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Hier stehen verschiedene Diagnosen. Bitte kreuzen Sie für jede Diagnose an, ob diese jemals bei Ihnen von einem Arzt gestellt wurde.

1. Bluthochdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
2. ADS, ADHS	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
3. Depression	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
4. Burnout	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
5. Angststörung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
6. Narkolepsie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
7. Alzheimer, Demenz	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
8. Zwangsstörung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
9. Essstörung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
10. Suchterkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
11. Schlafstörung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Teilnahme! Bitte stecken Sie nun den Fragebogen in den frankierten Rückumschlag und schicken ihn an das Institut für Demoskopie Allensbach. Die Anonymität Ihrer Antworten ist gewährleistet!