

## Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

A A A

 Deutsch  

Alkoholkonsum kann Ihre Gesundheit beeinflussen und bestimmte Medikamente und Behandlungen beeinträchtigen. Daher ist es wichtig, dass wir Sie zu Ihrem Alkoholkonsum befragen. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt, bitte antworten Sie ehrlich.

Wählen Sie bitte jeweils die Option, die Ihre Antwort am besten beschreibt.

**1) Wie oft nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?**

\* Antwort erforderlich

- ☐ nie
- ☐ einmal im Monat oder seltener
- ☐ 2- bis 4-mal im Monat
- ☐ 2- bis 3-mal pro Woche
- ☐ 4-mal oder öfters pro Woche

**2) Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag?**

\* Antwort erforderlich

- ☐ 1 - 2
- ☐ 3 - 4
- ☐ 5 - 6
- ☐ 7 - 9
- ☐ 10 oder mehr

**3) Wie oft trinken Sie sechs oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit?**

\* Antwort erforderlich

- ☐ nie
- ☐ seltener als einmal pro Monat
- ☐ einmal pro Monat
- ☐ einmal pro Woche
- ☐ täglich oder fast täglich

**4) Wie oft stellten Sie im Verlauf der letzten 12 Monate fest, dass Sie mit dem Trinken nicht mehr aufhören können, wenn Sie einmal damit angefangen haben?**

\* Antwort erforderlich

- ☐ nie
- ☐ seltener als einmal pro Monat
- ☐ einmal pro Monat
- ☐ einmal pro Woche
- ☐ täglich oder fast täglich

- 5) **Wie oft hinderte Sie im Verlauf der letzten 12 Monate Ihr Alkoholkonsum, das zu tun, was von Ihnen erwartet wurde?**

\* Antwort erforderlich

- ☐ nie
- ☐ seltener als einmal pro Monat
- ☐ einmal pro Monat
- ☐ einmal pro Woche
- ☐ täglich oder fast täglich

- 6) **Wie häufig haben Sie im Verlauf der letzten 12 Monate am Morgen ein erstes Glas Alkohol getrunken, um in Gang zu kommen, nachdem Sie am Vortag viel getrunken hatten?**

\* Antwort erforderlich

- ☐ nie
- ☐ seltener als einmal pro Monat
- ☐ einmal pro Monat
- ☐ einmal pro Woche
- ☐ täglich oder fast täglich

- 7) **Wie oft empfanden Sie in den letzten 12 Monaten Schuld- oder Reuegefühle, nachdem Sie getrunken hatten?**

\* Antwort erforderlich

- ☐ nie
- ☐ seltener als einmal pro Monat
- ☐ einmal pro Monat
- ☐ einmal pro Woche
- ☐ täglich oder fast täglich

- 8) **Wie oft war es Ihnen in den letzten 12 Monaten unmöglich, sich an das zu erinnern, was am Vorabend geschah, weil Sie getrunken hatten?**

\* Antwort erforderlich

- ☐ nie
- ☐ seltener als einmal pro Monat
- ☐ einmal pro Monat
- ☐ einmal pro Woche
- ☐ täglich oder fast täglich

- 9) **Sind Sie oder jemand anderes schon einmal verletzt worden, weil Sie getrunken hatten?**

\* Antwort erforderlich

- ☐ nein
- ☐ ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten
- ☐ ja, in den letzten 12 Monaten

- 10) Hat sich ein/e Angehörige/r, ein/e Freund/in, ein/e Arzt/Ärztin oder eine andere Person aus dem Gesundheitsbereich schon einmal besorgt über Ihren Alkoholkonsum geäußert oder vorgeschlagen, dass Sie den Konsum einschränken sollten?**

**\* Antwort erforderlich**

- ☐ nein
- ☐ ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten
- ☐ ja, in den letzten 12 Monaten



Powered by REDCap