

# VORSORGEUNTERSUCHUNG DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNG

## Alkoholfragebogen

Dieses Formular verbleibt bei dem\*der Ärzt\*in!



**Nachfolgend finden Sie einige Fragen zu Ihrem Alkoholkonsum während der letzten 12 Monate.  
Beantworten Sie bitte alle Fragen!**

<p>Wie oft trinken Sie Alkohol?</p> <p><input type="radio"/> nie</p> <p><input type="radio"/> einmal im Monat oder seltener</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis viermal im Monat</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis dreimal pro Woche</p> <p><input type="radio"/> viermal pro Woche oder öfter</p>	<p>Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag? (Ein Glas Alkohol entspricht 1 Seidl oder 1 kleinen Dose Bier, 1/8 Wein/Sekt, oder 1 einfachen Schnaps)</p> <p><input type="radio"/> trinke nie Alkohol      <input type="radio"/> 5–6</p> <p><input type="radio"/> 1–2      <input type="radio"/> 7–9</p> <p><input type="radio"/> 3–4      <input type="radio"/> 10 oder mehr</p>
<p>Wie oft trinken Sie sechs oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit (z.B. beim Abendessen, auf einer Party)? (Ein Glas entspricht 1 Seidl oder 1 kleinen Dose Bier, 1/8 Wein/Sekt, oder 1 einfachen Schnaps)</p> <p><input type="radio"/> nie</p> <p><input type="radio"/> einmal im Monat oder seltener</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis viermal im Monat</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis dreimal pro Woche</p> <p><input type="radio"/> viermal pro Woche oder öfter</p>	<p>Wie oft konnten Sie während der letzten 12 Monate nicht mehr aufhören zu trinken, nachdem Sie einmal angefangen hatten?</p> <p><input type="radio"/> nie</p> <p><input type="radio"/> einmal im Monat oder seltener</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis viermal im Monat</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis dreimal pro Woche</p> <p><input type="radio"/> viermal pro Woche oder öfter</p>
<p>Wie oft konnten Sie während der letzten 12 Monate Ihren Verpflichtungen nicht mehr nachkommen, weil Sie zu viel getrunken hatten?</p> <p><input type="radio"/> nie</p> <p><input type="radio"/> einmal im Monat oder seltener</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis viermal im Monat</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis dreimal pro Woche</p> <p><input type="radio"/> viermal pro Woche oder öfter</p>	<p>Wie oft haben Sie während der letzten 12 Monate morgens zuerst einmal ein Glas Alkohol gebraucht, um in Schwung zukommen?</p> <p><input type="radio"/> nie</p> <p><input type="radio"/> einmal im Monat oder seltener</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis viermal im Monat</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis dreimal pro Woche</p> <p><input type="radio"/> viermal pro Woche oder öfter</p>
<p>Wie oft hatten Sie während der letzten 12 Monate Schuldgefühle oder ein schlechtes Gewissen, weil Sie zu viel getrunken hatten?</p> <p><input type="radio"/> nie</p> <p><input type="radio"/> einmal im Monat oder seltener</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis viermal im Monat</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis dreimal pro Woche</p> <p><input type="radio"/> viermal pro Woche oder öfter</p>	<p>Wie oft waren Sie während der letzten 12 Monate nicht in der Lage, sich an Dinge zu erinnern, weil Sie zu viel getrunken hatten?</p> <p><input type="radio"/> nie</p> <p><input type="radio"/> einmal im Monat oder seltener</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis viermal im Monat</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis dreimal pro Woche</p> <p><input type="radio"/> viermal pro Woche oder öfter</p>
<p>Haben Sie sich schon einmal verletzt, weil Sie zu viel getrunken hatten? Oder ist jemand anderes schon einmal verletzt worden, weil Sie zu viel getrunken hatten?</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> ja, aber nicht während der letzten 12 Monate</p> <p><input type="radio"/> ja, während der letzten 12 Monate</p>	<p>Haben sich Verwandte, Freund*innen oder Ärzt*innen schon einmal Sorgen gemacht, weil Sie zu viel trinken, oder Ihnen geraten, weniger zu trinken?</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> ja, aber nicht während der letzten 12 Monate</p> <p><input type="radio"/> ja, während der letzten 12 Monate</p>

Von der Ärzt\*in/vom Arzt übernommen

Unterschrift Ärzt\*in

Ausfülldatum

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

<input type="text"/>
----------------------