

Jellinek-Fragebogen: Sind Sie Alkoholiker?

*Nach einem Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO)
von Prof. E.M. Jellinek*

Leiden Sie an Gedächtnislücken nach starkem Trinken?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Trinken Sie heimlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Denken Sie häufig an Alkohol?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Trinken Sie die ersten Gläser hastig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie wegen Ihres Trinkens Schuldgefühle?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie nach den ersten Gläsern ein unwiderstehliches Verlangen weiter zu trinken?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Gebrauchen Sie Ausreden, warum Sie trinken?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Zeigen Sie ein besonders aggressives Benehmen gegen die Umwelt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Neigen Sie zu innerer Zerknirschung und dauerndem Schuldgefühl wegen des Trinkens?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Versuchen Sie periodenweise völlig abstinent zu leben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie ein Trinksystem versucht (z.B. nicht vor bestimmten Zeiten zu trinken)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie häufiger den Arbeitsplatz gewechselt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Richten Sie Ihre Arbeit und Ihren Lebensstil auf den Alkohol ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Interesse-Verlust an anderen Dingen als Alkohol bemerkt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Zeigen Sie auffallendes Selbstmitleid?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Haben sich Änderungen im Familienleben ergeben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Neigen Sie dazu, sich einen Vorrat an Alkohol zu sichern?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Vernachlässigen Sie Ihre Ernährung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wurden Sie wegen des Alkoholmissbrauches in ein Krankenhaus aufgenommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Trinken Sie regelmäßig am Morgen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Beobachten Sie einen moralischen Abbau an sich selbst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wurde Ihr Denkvermögen beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Trinken Sie mit Personen, die weit unter Ihrem Niveau stehen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Trinken Sie gelegentlich technische Alkoholprodukte (Haarwasser oder Brennspiritus)?	<input type="checkbox"/> ja nein <input type="checkbox"/>
Wurde die Verträglichkeit für Alkohol geringer?	<input type="checkbox"/> ja nein <input type="checkbox"/>
Beobachten Sie morgendliches Zittern?	<input type="checkbox"/> ja nein <input type="checkbox"/>
Wurde das Trinken zum Zwang?	<input type="checkbox"/> ja nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie bereits ein Alkoholdelir?	<input type="checkbox"/> ja nein <input type="checkbox"/>
<i>Wenn Sie bei ehrlicher Selbstprüfung mehr als fünf Fragen mit "ja" beantworten müssen, sollten Sie sich in ärztliche Behandlung begeben.</i>	