



**A – Zunächst einige Angaben zu Ihrer Person:**

**1 Mein derzeitiger Familienstand ist (Bitte nur eines auswählen!):**

- ledig
- zusammenlebend
- verheiratet
- getrennt lebend
- geschieden
- verwitwet

Seit wann sind Sie verheiratet/getrennt/geschieden/verwitwet?      seit   Jahren

**2 Ich habe...**

- ...keine eigenen Kinder
- ...Kinder      Anzahl der Kinder:

Namen der Kinder:      Alter

1.....

2.....

3.....

4.....

**3 Für Frauen: Sind Sie in den letzten 5 Jahren schwanger geworden?**

- nein     ja

**4 Ich bin derzeit ...**

- ...berufstätig       nein       ja und zwar   Stunden pro Woche
- ...arbeitslos       nein       ja und zwar seit   Monaten   Jahren
- ...nicht berufstätig, Hausfrau/-mann       nein       ja
- ...frühzeitig berentet       nein       ja und zwar seit   Monaten   Jahren
- ...in Umschulung/Arbeitsprojekt       nein       ja
- ...sonstiges       nein       ja und zwar seit   Monaten   Jahren

**5 Wie viele Tage haben Sie gearbeitet ... (Dealen, Prostitution, illegale Beschäftigung nicht berücksichtigen!)**

- ...in den letzten 4 Wochen?       gar nicht           Tage
- ...in den letzten 6 Monaten?       gar nicht           Tage

**6 Einkommen: Aus welchen Quellen haben Sie in den letzten 12 Monaten Geld bezogen?**

- Arbeitslosengeld
- Hartz IV
- Gehalt aus Arbeit
- Pension/Rente
- Unterstützung durch Partner
- Unterstützung Familie
- illegale Tätigkeit
- Prostitution
- andere Einkünfte und zwar: .....

### 7 Wie viel Geld steht Ihnen derzeit insgesamt ungefähr monatlich zur Verfügung?

ungefähr .....€      davon: staatliche Unterstützung (z.B. Arbeitslosengeld, Pension/Rente).....€  
Unterstützung durch Familie/Freunde/Bekannte.....€

### 8 Haben Sie derzeit Schulden?

nein       ja    Wenn ja, ungefähre Höhe:..... €

### 9 Haben Sie in den letzten 4 Wochen eine der folgenden Dinge getan?

Tätigkeit	Häufigkeit in den letzten 4 Wochen		
Prostitution	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja, einmal	<input type="checkbox"/> ja, öfter
Dealen	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja, einmal	<input type="checkbox"/> ja, öfter
Betrug/Fälschung	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja, einmal	<input type="checkbox"/> ja, öfter
Ladendiebstahl	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja, einmal	<input type="checkbox"/> ja, öfter
Einbruch in Wohnung/Haus	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja, einmal	<input type="checkbox"/> ja, öfter
Einbruch in ein Auto	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja, einmal	<input type="checkbox"/> ja, öfter
Autodiebstahl	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja, einmal	<input type="checkbox"/> ja, öfter
andere illegalen Tätigkeiten und zwar: .....	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja, einmal	<input type="checkbox"/> ja, öfter

### 10 Wurden Sie in den letzten 12 Monaten wegen folgender Delikte angeklagt bzw. verurteilt? (Mehrfachantworten möglich)

- gar nicht
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> BtM Delikte (Besitz oder Handel von Drogen)    | <input type="checkbox"/> Beschaffungsdelikte (Diebstahl, Raub, Fälschung) |
| <input type="checkbox"/> Gewalttaten (Körperverletzung, Vergewaltigung) | <input type="checkbox"/> Prostitution                                     |
| <input type="checkbox"/> Trunkenheit am Steuer                          | <input type="checkbox"/> schwerwiegende Verkehrsdelikte                   |
| <input type="checkbox"/> andere und zwar: .....                         |   |

### 11 Wie viele Tage/Monate waren Sie insgesamt während der letzten 12 Monate in Untersuchungs- oder Strafhaft?

gar nicht      insgesamt:     Tage        Monate

### 12 Wie ist Ihre derzeitige überwiegende Wohn-/Schlafsituation?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> allein, in eigener Wohnung         | <input type="checkbox"/> mit Lebenspartner in eigener Wohnung            |
| <input type="checkbox"/> in Wohngemeinschaft                | <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen, Wohnheim                      |
| <input type="checkbox"/> bei den Eltern                     | <input type="checkbox"/> bei Freunden, bei Familienangehörigen           |
| <input type="checkbox"/> ohne Wohnung, kein fester Wohnsitz | <input type="checkbox"/> in institutioneller Umgebung (Klinik, Therapie) |
| <input type="checkbox"/> in Notschlafstätte, Pension        | <input type="checkbox"/> Nachsorge-/Übergangseinrichtung                 |
| <input type="checkbox"/> sonstiges: .....                   | <input type="checkbox"/> Straf- und Untersuchungshaft                    |

#### 12.1 Wie lange wohnen Sie schon dort bzw. wie lange halten Sie sich schon dort auf?

Ungefähr        Woche(n)        Monat(e)        Jahr(e)

### 13 Mit welchen der folgenden Personen haben Sie derzeit eine gute und andauernde persönliche Beziehung?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mutter                      | <input type="checkbox"/> Vater                     |
| <input type="checkbox"/> Bruder/Schwester            | <input type="checkbox"/> andere Familienmitglieder |
| <input type="checkbox"/> Ehepartner/Lebensgefährt(e) | <input type="checkbox"/> Freunde                   |
| <input type="checkbox"/> andere und zwar : .....     |  |



### 16.3 Soziale Kontakte/Freunde

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ihre Kontakte und Beziehungen zu Ihren Freunden und Bekannten sind über einen längeren Zeitraum (mindestens 3 Monate) sehr befriedigend gewesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschneidende Ereignisse und Schwierigkeiten mit Ihren Freunden und Bekannten haben Sie sehr belastet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 16.4 Ehe/Liebes-/Partnerbeziehungen

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Sie sind über einen längeren Zeitraum (mindestens 3 Monate) mit Ihrer Ehe/Liebes-/Partnerbeziehung sehr zufrieden gewesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschneidende Ereignisse und Schwierigkeiten in Ihrer Ehe/Partner-/Liebesbeziehung haben Sie sehr belastet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 16.5 Berufliche Situation

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ihre Situation im Beruf bzw. als Hausmann/Hausfrau hat Sie über einen längeren Zeitraum (mindestens 3 Monate) sehr befriedigt und Ihnen ausgesprochen Freude gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschneidende Ereignisse und Schwierigkeiten im Beruf bzw. als Hausmann/Hausfrau haben Sie sehr belastet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 16.6 Wohnsituation

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Sie haben sich über längere Zeit (mindestens 1 Jahr) zuhause ausgesprochen wohl gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschneidende Ereignisse und Schwierigkeiten mit Ihrer Wohnsituation haben Sie sehr belastet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17 Im Folgenden sind Bereiche aufgeführt, in denen ein Mensch Probleme haben kann. Schätzen Sie für sich ein, wie schwer Sie in den letzten 4 Wochen von diesen Problemen belastet sind.

Problembereich	belastet mich...									
	gar nicht	leicht	mittel	beträchtlich	extrem					
körperliche Probleme/Leiden (akut und chronisch)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
psychische Probleme/Leiden	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
familiäre/soziale Probleme (Partnerschaft, Freizeit...)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Wohnsituation	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
rechtliche Probleme (Verhaftung, Verurteilung...)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Drogenprobleme (Häufigkeit, Menge, Abhängigkeit...)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Alkoholprobleme (Häufigkeit, Menge, Abhängigkeit...)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

**18 Welche Aussagen beschreiben Ihren Gesundheitszustand in den letzten 4 Wochen am besten?  
(Bitte nur ein Kreuz pro Bereich machen!)**

- |   |   |
|---|---|
| Beweglichkeit/Mobilität                           | <input type="checkbox"/> Ich habe <b>keine</b> Probleme, herumzugehen                                   |
|   | <input type="checkbox"/> Ich habe <b>einige</b> Probleme, herumzugehen                                  |
|   | <input type="checkbox"/> Ich bin <b>ans Bett gebunden</b>   |
| Für sich selbst sorgen                            | <input type="checkbox"/> Ich habe <b>keine</b> Probleme, für mich selbst zu sorgen                      |
|   | <input type="checkbox"/> Ich habe <b>einige</b> Probleme, für mich selbst zu sorgen                     |
|   | <input type="checkbox"/> Ich bin <b>nicht in der Lage</b> , mich selbst zu waschen oder anzuziehen      |
| Allgemeine Tätigkeiten<br>(Arbeit, Hausarbeit...) | <input type="checkbox"/> Ich habe <b>keine</b> Probleme, meinen alltäglichen Aktivitäten nachzugehen    |
|   | <input type="checkbox"/> Ich habe <b>einige</b> Probleme, meinen alltäglichen Aktivitäten nachzugehen   |
|   | <input type="checkbox"/> Ich bin <b>nicht in der Lage</b> , meinen alltäglichen Aktivitäten nachzugehen |
| Schmerzen/körperliche Aktivität                   | <input type="checkbox"/> Ich habe <b>keine</b> Schmerzen oder Beschwerden                               |
|   | <input type="checkbox"/> Ich habe <b>mäßige</b> Schmerzen oder Beschwerden                              |
|   | <input type="checkbox"/> Ich habe <b>extreme</b> Schmerzen oder Beschwerden                             |
| Angst/Niedergeschlagenheit                        | <input type="checkbox"/> Ich bin <b>nicht</b> ängstlich oder deprimiert                                 |
|   | <input type="checkbox"/> Ich bin <b>mäßig</b> ängstlich oder deprimiert                                 |
|   | <input type="checkbox"/> Ich bin <b>extrem</b> ängstlich oder deprimiert                                |

**18.1 Mein heutiger Gesundheitszustand ist im Vergleich zu meinem Gesundheitszustand vor 12 Monaten:**

- besser  etwa gleich  schlechter

**19 In welchen der folgenden Lebensbereiche haben Sie in den letzten 12 Monaten von Ihrem Arzt oder anderen Diensten Hilfe und Unterstützung erhalten?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> körperliche Krankheiten | <input type="checkbox"/> Beruf, Arbeit, (Um-)Schulung |
| <input type="checkbox"/> psychische Störungen    | <input type="checkbox"/> finanzielle Probleme         |
| <input type="checkbox"/> Partner, Familie        | <input type="checkbox"/> strafrechtliche Probleme     |
| <input type="checkbox"/> Freunde/Bekannte        | <input type="checkbox"/> andere Probleme des Alltags  |
| <input type="checkbox"/> Wohnsituation           |   |

**20 Ohne Besuche beim Substitutionsarzt: Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten bei folgenden Ärzten oder Einrichtungen? (Wenn gar nicht, bitte 0 eintragen!)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="text"/> Mal beim Allgemeinarzt/praktischen Arzt | <input type="text"/> Mal beim Gynäkologen/Urologen          |
| <input type="text"/> Mal beim Internisten                    | <input type="text"/> Mal beim Psychologen/Psychotherapeuten |
| <input type="text"/> Mal beim Psychiater/Neurologen          | <input type="text"/> Mal beim Hautarzt                      |
| <input type="text"/> Mal beim Zahnarzt                       | <input type="text"/> Mal bei anderen und zwar:              |

**21 Wie oft mussten Sie in den letzten 12 Monaten die folgenden medizinischen Einrichtungen in Anspruch nehmen? (Wenn gar nicht, bitte 0 eintragen!)**

- |                                    |                          |
|------------------------------------|--------------------------|
| Notarzt                            | <input type="text"/> Mal |
| Notaufnahme/Notdienst einer Klinik | <input type="text"/> Mal |
| Sozialpsychiatrischer Dienst       | <input type="text"/> Mal |
| Krisenintervention                 | <input type="text"/> Mal |

**22 Wie viele Tage hielten Sie sich in den letzten 12 Monaten stationär in den folgenden Einrichtungen auf? (Wenn gar nicht, bitte 0 eintragen!)**

- |   |  |
|---|--|
| Krankenhaus (mindestens 1 Nacht)  | insgesamt ungefähr <input type="text"/> Tage |
| Rehabilitationseinrichtung  | insgesamt ungefähr <input type="text"/> Tage |
| Betreutes Wohnen/Übergangseinrichtung<br>(z. B. Kriseninterventionszentrum, Heim) | insgesamt ungefähr <input type="text"/> Tage |

**B – Nun einige Fragen zu Ihrem Drogenkonsum:**

**23 Werden Sie derzeit substituiert?**

**nein** *wenn nein, beantworten Sie bitte folgende Fragen:*

Wann wurden Sie das letzte Mal substituiert? Vor ungefähr    Monaten    Jahren.  
Womit wurden Sie zuletzt substituiert? .....(Substitutionsmittel)  
Warum werden Sie nicht mehr substituiert?  
 Ich wurde schwanger.  
 Mein Arzt brach die Behandlung ab (z.B. wegen Regelverstößen).  
 Mein Arzt versucht mich abzudosieren.  
 Ich wurde inhaftiert. (In Haft gab es keine Möglichkeit, die Substitution fortzuführen.)  
 anderer Grund und zwar: .....

**ja** *wenn ja, beantworten Sie bitte folgende Fragen:*

Mit welchem Substitutionsmittel werden Sie substituiert?  
 Methadon seit ca.    Monaten    Jahren  
 Buprenorphin seit ca.    Monaten    Jahren  
 anderes und zwar:..... seit ca.    Monaten    Jahren

**24 Ohne ärztliche Verschreibung: An wie vielen Tagen in den letzten 4 Wochen haben Sie die folgenden Mittel konsumiert? (Wenn gar nicht, bitte 0 eintragen!)**

Mittel	Anzahl der Tage in den letzten 4 Wochen
Heroin	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Morphin oder Opium	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Codein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Methadon oder Polamidon	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Buprenorphin (Subutex® •, Suboxone ® •)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Beruhigungs-/Schlafmittel	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Kokain	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Amphetamine/MDMA (z.B. Ecstasy, Speed)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Cannabis	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Halluzinogene (z.B. LSD)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
andere Substanzen und zwar: .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**25 Haben Sie in den letzten 4 Wochen eines der Mittel aus Frage 25 injiziert?**

Nein, ich habe nicht injiziert. → *Wenn Nein, bitte weiter mit Frage 26!*  
 Ja, ich habe folgende Mittel injiziert (Bitte eintragen!):

Wie oft in den letzten 4 Wochen?

1.....    Mal  
2.....    Mal  
3.....    Mal

**25.1 An einem typischen Tag, an dem Sie injizierten, wie häufig haben Sie injiziert?**

Ungefähr    Mal

**25.2 Wenn Sie injizierten, wie oft in den letzten 4 Wochen haben Sie:**

	Anzahl
von anderen bereits benutzte Nadeln/Spritzen verwendet?	<input type="text"/>
von Ihnen selbst bereits benutzte Nadeln/Spritzen weitergegeben?	<input type="text"/>
von anderen bereits benutzte Behälter oder Löffel verwendet?	<input type="text"/>
Mit wie vielen Personen insgesamt haben Sie Nadeln, Spritzen oder Equipment geteilt?	<input type="text"/>

**26 Wie viel Geld haben Sie in den letzten 4 Wochen für den Konsum von Drogen ausgegeben?**

Ungefähr.....€  entfällt

**Mit der folgenden Frage wollen wir Ihre persönliche „Drogenkonsum-Ampel“ für die letzten Jahre erfassen.**

**27 Wie häufig haben Sie in den letzten Jahren folgende Substanzen konsumiert?**

Bitte geben Sie für *jedes Jahr* an, ob Sie:

- **häufig** (mehr als 5 Mal/Monat) die Substanz einnahmen/einnehmen
- **gelegentlich/selten** (weniger als 5 Mal/Monat) die Substanz einnahmen/einnehmen
- **vollständig abstinent** von der Substanz waren/sind

	2006	2007	2008
1. Substitutionsmittel	<span style="color: green;">■</span> <span style="color: yellow;">■</span> <span style="color: red;">■</span>	<span style="color: green;">■</span> <span style="color: yellow;">■</span> <span style="color: red;">■</span>	<span style="color: green;">■</span> <span style="color: yellow;">■</span> <span style="color: red;">■</span>
2. andere Substanzen:			
Opiate (ohne Substitutionsmittel)	<span style="color: green;">■</span> <span style="color: yellow;">■</span> <span style="color: red;">■</span>	<span style="color: green;">■</span> <span style="color: yellow;">■</span> <span style="color: red;">■</span>	<span style="color: green;">■</span> <span style="color: yellow;">■</span> <span style="color: red;">■</span>
Schlaf- oder Beruhigungsmittel	<span style="color: green;">■</span> <span style="color: yellow;">■</span> <span style="color: red;">■</span>	<span style="color: green;">■</span> <span style="color: yellow;">■</span> <span style="color: red;">■</span>	<span style="color: green;">■</span> <span style="color: yellow;">■</span> <span style="color: red;">■</span>
Kokain, Amphetamine, Ecstasy,	<span style="color: green;">■</span> <span style="color: yellow;">■</span> <span style="color: red;">■</span>	<span style="color: green;">■</span> <span style="color: yellow;">■</span> <span style="color: red;">■</span>	<span style="color: green;">■</span> <span style="color: yellow;">■</span> <span style="color: red;">■</span>
Cannabis	<span style="color: green;">■</span> <span style="color: yellow;">■</span> <span style="color: red;">■</span>	<span style="color: green;">■</span> <span style="color: yellow;">■</span> <span style="color: red;">■</span>	<span style="color: green;">■</span> <span style="color: yellow;">■</span> <span style="color: red;">■</span>
andere illegale	<span style="color: green;">■</span> <span style="color: yellow;">■</span> <span style="color: red;">■</span>	<span style="color: green;">■</span> <span style="color: yellow;">■</span> <span style="color: red;">■</span>	<span style="color: green;">■</span> <span style="color: yellow;">■</span> <span style="color: red;">■</span>
Alkohol	<span style="color: green;">■</span> <span style="color: yellow;">■</span> <span style="color: red;">■</span>	<span style="color: green;">■</span> <span style="color: yellow;">■</span> <span style="color: red;">■</span>	<span style="color: green;">■</span> <span style="color: yellow;">■</span> <span style="color: red;">■</span>

**C – Nun einige Angaben zu Ihrer derzeitigen Behandlung:**

**28 Wie sehr litten Sie in den letzten 12 Monaten unter folgenden psychischen Problemen? Wenn Sie Probleme hatten, wurden Sie wegen dieser behandelt?**

Psychische Probleme	gar nicht	eher wenig	eher stark	sehr stark	Wurden Sie behandelt?	
					nein	ja
Depression, Niedergeschlagenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angstzustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten mit Denken, Gedächtnis, Konzentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halluzinationen/Wahngedanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impulse gewalttätig zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ernsthafte Selbstmordgedanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gier/Drogenverlangen nach Opiaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere psychische Probleme und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**29 Wie zufrieden sind/waren Sie mit der Substitutionstherapie und den damit verbundenen Maßnahmen?**

Wie zufrieden sind/waren Sie mit Ihrem Substitutionsarzt und:	sehr zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden
seiner Einfühlung und seinem Verständnis für Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Zeit, die er sich nimmt/nahm, Ihnen zu helfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
seiner Wahl des Substitutionsmittels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Dosierung des Mittels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
den Nebenwirkungen des Mittels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Ausmaß, in dem es Ihnen gelingt/gelang, den Beikonsum zu reduzieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

  

Wie zufrieden sind/waren Sie mit dem Ausmaß, in dem:	nicht benötigt	sehr zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden
Ihre psychischen Probleme behandelt werden/wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre sozialen Probleme behandelt werden/wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie Hilfe bei Notfällen und Krisen bekommen/bekamen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was für Wünsche haben Sie hinsichtlich Ihrer Behandlung? .....

.....

.....

**30 Durch welche Einrichtungen oder Personen haben Sie in den letzten 12 Monaten soziale oder psychologische Betreuung und Hilfe erhalten?**

Einrichtung/Personen	nein	ja	Wenn ja, wie oft ungefähr in den letzten 4 Wochen?	
Substitutionsarzt in Praxis oder Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	Mal
psychiatrische Ambulanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	Mal
nervenärztliche Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	Mal
Drogenberatungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	Mal
andere Beratungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	Mal
niedergelassener Psychologe/Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	Mal
Sozialdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	Mal
andere Dienste und zwar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	Mal

**31 Diese Frage nur beantworten, wenn Sie derzeit substituiert werden:  
Haben Sie in Ihrer Substitutionstherapie derzeit eine feste Bezugsperson, an die Sie sich immer wegen Problemen in der Therapie wenden können?**

- nein, keine feste Person       ja, eine Person       ja, mehrere Personen

**Wenn ja, wer ist/sind diese Person(e)n?**

- mein substituierender Arzt       anderer Arzt       Psychologe/Psychotherapeut (Praxis)  
 Drogenberater/Mitarbeiterin der substituierenden Praxis       Berater/Mitarbeiter in Beratungsstelle/Kontaktladen       Mitarbeiter anderer Hilfseinrichtung (Aidshilfe, Bewährungshilfe)  
 jemand anderes und zwar? .....

**D – Abschließende Fragen:**

**32 An wie vielen Tagen in den letzten 4 Wochen waren Sie wegen Alkohol, Drogen oder Entzugerscheinungen zumindest leicht eingeschränkt, Ihren normalen Alltagsaktivitäten nachzugehen?**

- an \_\_\_ Tagen war ich überhaupt nicht in der Lage  
 an \_\_\_ Tagen war ich leicht eingeschränkt

**33 An wie vielen Tagen in den letzten 4 Wochen waren Sie wegen körperlicher Beschwerden oder Erkrankungen zumindest leicht eingeschränkt, Ihren normalen Alltagsaktivitäten nachzugehen?**

- an \_\_\_ Tagen war ich überhaupt nicht in der Lage  
 an \_\_\_ Tagen war ich leicht eingeschränkt

**34 An wie vielen Tagen in den letzten 4 Wochen waren Sie wegen psychischer und seelischer Probleme oder Erkrankungen zumindest leicht eingeschränkt, Ihren normalen Alltagsaktivitäten nachzugehen?**

- an \_\_\_ Tagen war ich überhaupt nicht in der Lage  
 an \_\_\_ Tagen war ich leicht eingeschränkt

**35 Mit wie vielen verschiedenen Personen (Lebenspartner, Freunde, Bekannte, Prostituierte) haben Sie in den letzten 12 Monaten sexuellen Kontakt gehabt?**

- kein sexueller Kontakt       Anzahl der verschiedenen Personen: \_\_\_

**35.1 Wenn Sie sexuellen Kontakt hatten: Wie häufig wurden dabei Kondome verwendet?**

- immer (100%)       meistens (75%)       oft (50%)       gelegentlich (25%)       nie (0%)

**36 Rauchen Sie derzeit Zigaretten?**

- nein       ja und zwar \_\_\_ Zigaretten pro Tag

**37 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Alkohol getrunken?**

- nie       1-2 mal die Woche       3-4 mal die Woche       nahezu täglich

Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, ob Sie in den letzten 7 Tagen durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind.

Bitte in jeder Zeile ein Kreuz setzen!

38 Wie sehr litten Sie in den letzten 7 Tagen unter ...?

	gar nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität oder innerem Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Idee, dass irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Gefühl, dass andere an Ihren Schwierigkeiten Schuld sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnisschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Gefühl, leicht reizbar und verärgert zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz- und Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedanken, sich das Leben zu nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schlechtem Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigung zum Weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
plötzlichem Erschrecken ohne Grund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einsamkeitsgefühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwermut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Furchtsamkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Drang, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklopfen oder Herzjagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit oder Magenverstimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



