

Fragebogen zur Überprüfung von Medikamentengefährdung

(Voraussetzung für eine realistische Einschätzung ist allerdings absolute Selbstehrlichkeit)

1. Haben Sie schon einmal versucht "Ihr" Medikament nicht einzunehmen und sind rückfällig" geworden?
 Ja Nein
2. Müssen Sie eine bestimmte Menge "Ihres" Medikamentes zuführen (egal in welcher Form) um sich wohl zu fühlen?
 Ja Nein
3. Haben Sie bei bestimmten körperlichen oder seelischen Belastungen, ein Verlangen nach "Ihrem" Medikament, so wie z. B. ein "Alkoholkranker" nach Alkohol?
 Ja Nein
4. Nehmen Sie häufig mehr ein als Ihnen verordnet worden ist?
 Ja Nein
5. Haben Sie schon einmal "Ihr" Medikament - oder ein vergleichbares - von mehreren Ärzten gleichzeitig verschreiben lassen?
 Ja Nein
6. Rezepte fälschen oder Angehörige benutzen um Nachschub zu bekommen - Haben Sie es schon in Erwägung gezogen?
 Ja Nein
7. Hat Ihnen schon einmal jemand gesagt, das Sie sich und Ihre Umgebung durch die Medikamenteneinnahme schaden - und Sie können trotzdem nicht aufhören?
 Ja Nein
8. Belügen Sie schon einmal einen Arzt oder Apotheker um an "Ihr" Medikament zu bekommen?
 Ja Nein
9. Hat Ihnen schon einmal ein Hausarzt, Internist oder Nervenarzt gesagt "Sie sind abhängig"?
 Ja Nein
10. Müssen Sie häufig, oder ständig daran denken wie Sie Nachschub organisieren?
 Ja Nein
11. Werden Sie aggressiv wenn Sie "Ihr" Medikament nicht bekommen?
 Ja Nein
12. Haben Sie schon einmal bemerkt, das Sie von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln munter werden, weil die früher beruhigende Wirkung in eine anregende umgeschlagen ist?
 Ja Nein

13. Ist Ihnen "Ihr" Medikament wichtiger als alles andere?
 Ja Nein
14. Versuchen Sie sich selbst über Ihren Medikamentenkonsum zu belügen - zu beschwichtigen?
 Ja Nein
15. Nehmen Sie manchmal oder öfter mehrere Schlaf- Beruhigungs- oder Schmerzmittel nebeneinander?
 Ja Nein
16. Spüren Sie ein sehr starkes Verlangen nach "Mehr" wenn Sie eine kleine Dosis "Ihres" Medikamentes eingenommen haben?
 Ja Nein
17. Haben Sie andere über Ihr Ausmaß des Medikamentenverbrauchs belogen oder versuchen Sie das Ausmaß zu verschleiern?
 Ja Nein
18. Waren Sie früher Alkoholabhängig - und nehmen jetzt regelmäßig Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmittel?
 Ja Nein
19. Hat Ihnen schon einmal ein Arzt "nicht genug" Medikamente verschrieben oder die Verschreibung verweigert- und haben Sie deshalb den Arzt gewechselt?
 Ja Nein
20. Haben Sie schon "vorsorglich" Schmerzmittel genommen, auch wenn Sie gar keine Schmerzen haben?
 Ja Nein
21. Nehmen Sie Appetitzügler (Schlankmacher) ein, um leistungsfähiger zu sein, weniger schlafen zu müssen um sich wohler zu fühlen - um "high" zu sein?
 Ja Nein
22. Ist es Ihnen passiert das Sie soviel Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmittel genommen haben, das Sie geschwankt oder gelallt haben oder gestürzt sind? (Sie haben das dann wahrscheinlich mit Kreislaufproblemen begründet)
 Ja Nein

Wenn **zwei** dieser Beschreibungen zutreffen, sollte man den **Verdacht** auf eine Medikamentenabhängigkeit haben; wenn **drei oder mehr** zutreffen, liegt wahrscheinlich eine **Medikamentenabhängigkeit** vor!

Wenn die Ausführungen auf Sie zutreffen und Sie es trotzdem kalt läßt, Sie sich langweilen oder ärgern, versuchen Sie es zu einem späteren Zeitpunkt.

Wir alle müssen gelegentlich Erkenntnisse abwehren, weil es zu schmerzhaft oder zu bedrohlich wäre, sie zu akzeptieren. Diese Abwehr ist ein Selbstschutz, der sich automatisch ohne unser Zutun einstellt.