

Dat.

Etikett

Sucht Problem

Alkohol und/oder

Medikamente

Familienstand

verh
 Ledig
 Verwit. Seit wann

Wohnsituation

Allein Institution
 mit Partner ohne Partner
 Andere

Einnahme

Alkohol Medikamente
Seit wann Seit wann.....
Art Art

Grund der Einnahme

Einsamkeit
 Angst
 Unruhe
 Genuss
 Erkrankung
 Andere

Medikamente verordnet durch

Hausarzt
 Psychiater
 Andere

Medikamenten Dosierung/Einnahme Kontrolle

Selbst
 Angehörige
 Pflegedienst
 Andere

Veränderungen im Sozialbereich seit der Einnahme von Tabletten und/ oder Alkohol

Kontakte abgebrochen
 Hobbys aufgegeben
 Einsamkeit
 Körperliche Beschwerden
 Psychische Beschwerden
 Andere

Hat sich die Tabl.Dosis/ Alkoholmenge verändert

erhöht wegen

verringert wegen

Zeitraum

Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt dass Sie ihr Trinken/Medikamente Einnahme einschränken sollten

Ja
 Nein
.....
.....

Wurden Sie bereits von anderen Leuten durch Kritik auf Ihr(e) Trinkverhalten/Tabl.Einnahme angesprochen

Ja
 Nein
.....
.....

Haben Sie sich jemals schlecht oder schuldig wegen ihres Trinkens/Tabl.Einnahme gefühlt

Ja
 Nein
.....
.....

Haben Sie jemals gleich am Morgen getrunken/Tabl.eingenommen um ihre Nerven zu beruhigen oder ihren Kater/ Unruhe/Ängste zu überwinden

Ja
 Nein
.....
.....

Was erwarten Sie für sich von der Behandlung

.....