

# Selbsttest Medikamentenabhängigkeit

**ja      nein**

	ja	nein
1. Benötigen Sie ein Medikament mit Suchtwirkung, um sich wohl zu fühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Müssen Sie bei Seelischen, Körperlichen oder sozialen Belastungen „Ihre“ Medikamente haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bekommen Sie nach Einnahme einer kleineren Dosis „Ihres“ Medikamentes ein unbezähmbares Verlangen, mehr davon einzunehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nehmen Sie häufiger mehr ein, als Ihnen verordnet wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Werden sie aggressiv, wenn Sie „Ihre“ Medikamente nicht bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nehmen Sie Schmerzmittel ein oder spritzen Sie, obwohl Sie keine Schmerzen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nehmen Sie nebeneinander verschiedene Medikamente, beispielsweise Schlaf-, Beruhigungs- oder Schmerzmittel, ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Benutzen Sie Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmittel zur Anregung oder ist die früher beruhigende Wirkung plötzlich in eine anregende umgeschlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Nehmen Sie Appetitzügler ein, nicht um schlank zu werden, sondern um leistungsfähiger zu sein, um weniger Schlafen zu müssen, um sich wohler zu fühlen, um „high“ zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Bekämpfen Sie jede Missbefindlichkeit und jede leichte Funktionsstörung mit Medikamenten (z.B. Abführmittel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Belügen Sie sich selbst und andere, was Ihren tatsächlichen Medikamentenkonsum anbelangt? Verheimlichen Sie das wahre Ausmaß, indem Sie Schachteln verstecken oder von anderen Medikamenten erbetteln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Haben Sie die Ärztin, den Arzt gewechselt, weil sie/er „Ihre“ Medikamente nicht verschreiben wollte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Müssen Sie ständig daran denken, wie Sie ihren Nachschub sichern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Benutzen Sie Angehörige, Kollegen/- innen, Werkfürsorge, Werksärztin/- arzt, Hausärztin/-arzt, Apotheke, um an „Ihre“ Medikamente zu kommen, und lügen Sie dabei, um Ihr Ziel zu erreichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Lassen Sie sich gleichartige Medikamente gleichzeitig von mehreren Ärztinnen/ Ärzten verschreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Fälschen Sie auch Rezepte, um an Nachschub zu kommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Lallen Sie, schwanken Sie, sind Sie schon gestürzt, weil Sie zuviel Beruhigungs-, Schlaf- oder Schmerzmittel eingenommen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Haben Sie schon so viel Beruhigungs-, Schlaf- oder Schmerzmittel eingenommen, dass Sie Filmrisse oder Blackouts bekamen, dass Sie völlig sinnlose Telefongespräche geführt haben und auch total enthemmt waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Zittern Sie, gerieten Sie durcheinander, hatten Sie schon optische Halluzinationen oder epileptische Anfälle, als Sie plötzlich für einige Tage keine Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmittel einnehmen konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Hatten Sie nach Einnahme von Appetitzüglern Geräuschhalluzinationen oder litten Sie unter Verfolgungswahn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Schlucken Sie statt Alkohol jetzt regelmäßig Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Schädigen Sie sich durch die Wirkung von Medikamenten und stören Sie dadurch die Beziehung zu Ihren Angehörigen, Freunden, Kolleginnen und Kollegen? Und obwohl Sie dies ahnen, haben Sie mit der Einnahme von Medikamenten nicht aufgehört?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ist Ihnen „Ihr“ Medikament wichtiger als alles andere auf der Welt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Können Sie auf die Einnahme von Medikamenten mit Suchtwirkung nicht mehr verzichten und aus eigener Kraft nicht mehr aufhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn zwei Punkte zutreffen, besteht Verdacht auf eine Medikamentengefährdung.  
Sind drei oder mehr Punkte zutreffend, liegt eine Medikamentenabhängigkeit vor.