

SPØRGESKEMA OM ALKOHOLVANER

Ud fra besvarelsen af spørgeskemaet vil lægen tilbyde dig en vurdering af dine drikkevaner. Finder du, at alkoholforbruget er blevet for stort, vil lægen tilbyde rådgivning, så du har mulighed for at genvinde kontrollen over forbruget. Det er ikke et forsøg på at pålægge dig et bestemt alkoholforbrug, og besvarelse af spørgeskemaet er naturligvis din afgørelse.

Spørgeskemaet skal udfyldes i venteværelset, inden du kommer ind til lægen.

En genstand er:



en pilsnerøl
(33cl)



et glas vin
(12cl)



et glas hvidvin
(8cl)



splritus
(4cl)



ca. ½ stærk øl
(a 33cl)

De første tre spørgsmål handler om dit alkoholforbrug i den senere tid

- | | | | | | |
|---|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| 1. Hvor tit drikker du noget, der indeholder alkohol?
(hvis svaret er aldrig, så gå til spm.4) | Aldrig | Højest én gang om måneden | 2-4 gange om måneden | 2-3 gange om ugen | 4 gange om ugen eller oftere |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hvor mange genstande drikker du på en almindelig dag, hvor du drikker noget? | 1-2 | 3-4 | 5-6 | 7-9 | 10 eller flere |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hvor tit drikker du seks genstande eller flere ved samme lejlighed? | Aldrig | Ikke hver måned | Månedligt | Ugentligt | Næsten dagligt eller dagligt |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

De næste ni spørgsmål handler om dine erfaringer med alkohol indenfor det sidste år

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|------------------------------|
| 4. Har du oplevet, at du ikke kunne stoppe, når du først var begyndt at drikke? | Nej | Ikke hver måned | Månedligt | Ugentligt | Næsten dagligt eller dagligt |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Har du oplevet, at du ikke kunne gøre det du skulle, fordi du havde drukket? | Nej | Ikke hver måned | Månedligt | Ugentligt | Næsten dagligt eller dagligt |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Har du måttet have en lille én om morgenen efter at du havde drukket meget dagen før? | Nej | Ikke hver måned | Månedligt | Ugentligt | Næsten dagligt eller dagligt |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Har du haft dårlig samvittighed eller fortrudt, efter at du havde drukket? | Nej | Ikke hver måned | Månedligt | Ugentligt | Næsten dagligt eller dagligt |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Har du oplevet, at du ikke kunne huske, hvad der skete aftenen før, fordi du havde drukket? | Nej | Ikke hver måned | Månedligt | Ugentligt | Næsten dagligt eller dagligt |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Er du selv eller andre nogensinde kommet til skade ved en ulykke, fordi du havde drukket? | Nej | | Ja, men ikke det seneste år | | Ja, indenfor det sidste år |
| | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 10. Har nogen i familien, en ven, en læge eller andre været bekymret over dine drikkevaner eller foreslået dig at skære ned? | Nej | | Ja, men ikke det seneste år | | Ja, indenfor det sidste år |
| | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 11. Har du selv været bekymret over dine drikkevaner? | Nej | | Ja, men ikke det seneste år | | Ja, indenfor det sidste år |
| | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 12. Har du forsøgt at lave om på dine drikkevaner? | Nej | | Ja, men ikke det seneste år | | Ja, indenfor det sidste år |
| | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |