

Ihre behandelnde Einrichtung:

4. Suchtbezogene Hilfen

4.1 Ich habe in den letzten 12 Monaten Hilfen (z.B. Suchtberatung, medizinische Hilfe) im Zusammenhang mit meiner Suchterkrankung in Anspruch genommen.

ja

nein

4.2 Ich habe in den letzten 12 Monaten Angebote der Selbsthilfe im Zusammenhang mit meiner Suchterkrankung in Anspruch genommen.

ja

nein

5. Lebensbereiche und Zufriedenheit

Nachfolgend sind verschiedene Lebensbereiche aufgeführt.
Bitte geben Sie an, wie zufrieden Sie heute in diesen Bereichen sind.

zufrieden
eher zufrieden
eher unzufrieden
unzufrieden
trifft nicht zu

5.1 Umgang mit der Sucht
(Abstinenz bzw. Substanzkonsum, Glücksspiel, Internet)

5.2 Körperlicher Gesundheitszustand

5.3 Seelischer Zustand

5.4 Wohnsituation

5.5 Familiäre und soziale Situation
(Familie, Partnerschaft, Kinder, Freunde, weitere Bezugspersonen)

5.6 Schule/Ausbildungs-/Arbeits-/ Beschäftigungssituation

5.7 Alltags- und Tagesstruktur

5.8 Freizeitverhalten

5.9 Finanzielle Situation

5.10 Umgang/Bewältigung von Gewalterfahrungen

6. Konsum von Tabak/ Nikotin/ E-Zigaretten

Bitte geben Sie an, ob Sie seit dem Ende der Behandlung Tabak/Nikotin/ E-Zigaretten konsumiert haben:

ja

nein