

Landkreis Muster
 Gesundheitsamt Musterstadt
 Dr. Mustermann
 Mustergasse 7
 4711 Musterstadt
 fritz.mustermann@ga.musterstadt.de



H:\Projekte\Sucht\Fragebogen\fb-bjs_16.9.03b.doc
 Version: 08.07.2004

Brandenburger Jugendliche und Substanzkonsum (BJS)

Die folgenden Fragen behandeln den Umgang mit Zigaretten, Alkohol und verschiedenen anderen Drogen. Zur Zeit gibt es viele Diskussionen aber nur wenige genaue Informationen über diese Themen. Deshalb müssen wir noch sehr viel über die tatsächlichen Erfahrungen und Einstellungen junger Menschen deines Alters lernen.

Wir hoffen, dass du alle Fragen beantworten kannst, aber solltest du eine Frage finden, die du nicht ehrlich beantworten kannst, ist es besser, wenn du dieses Kästchen frei lässt.

Das ist eine freiwillige und anonyme Befragung. Wir fragen auch nach Dingen, über die man teilweise nicht offen spricht. In den Auswertungen sind die Antworten zusammengefasst und der Einzelne ist nicht mehr identifizierbar. Schreibe bitte nicht deinen Namen auf den Bogen!

Ergebnisse der Befragung erfährst du bei o.g. Stelle. Der Bogen wurde unter Beteiligung des Arbeitskreises Daten und Berichterstattung der Landessucht-Konferenz Brandenburg entwickelt.

Allgemeine Fragen

Hast du bereits Mittel der folgenden Tabelle konsumiert? Wie oft konsumierst du die Mittel zur Zeit? (je Zeile bitte ein Kreuzchen)

	noch nie	1 mal	hin und wieder	1-3 mal im Monat	1 mal die Woche	mehrmals die Woche	täglich
1 Tabak / Zigaretten	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆
2 Alkohol	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆
3 Haschisch / Marihuana	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆
4 Ecstasy / Speed / Kokain / Heroin oder andere	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆
5 Medikamente – stimmungsbeeinflussend	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆

Hast du den Wunsch, den Konsum der folgenden Mittel aufzugeben oder zu reduzieren? (je Zeile bitte ein Kreuzchen)

	trifft für mich nicht zu (kein Konsum)	der Wunsch ist ...				
		nicht vorhanden 1	2	mittel 3	4	sehr groß 5
6 Tabak / Zigaretten	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
7 Alkohol	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
8 Haschisch / Marihuana	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
9 Ecstasy / Speed / Kokain/ Heroin oder andere	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
10 Medikamente – stimmungsbeeinflussend	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Tabak

11 Wie viel Zigaretten hast du in den letzten 30 Tagen geraucht?

0 habe überhaupt nicht geraucht

_____ Zigaretten durchschnittlich am Tag (bitte Anzahl angeben)

12 Wie lange rauchst du schon?

0 trifft für mich nicht zu

seit ich _____ Jahre alt bin (bitte Alter angeben)

Alkohol

13 An wie vielen Tagen im letzten Monat hast du mehr als 5 alkoholische Getränke am Tag getrunken? [Es gilt: 1 Drink = 1 kleines Glas Bier (0,2l) oder 1 Glas Wein (0,1l) oder 1 kleines Glas Schnaps (=0,02l) oder ein alkoholhaltiges Fertigmixgetränk].

niemals	einmal	zweimal	3-5mal	6-9mal	10mal oder öfter
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

14 In welchem Alter warst du erstmals betrunken?

0 trifft für mich nicht zu

im Alter von _____ Jahren

15 Wie oft bist du seitdem betrunken gewesen?

trifft für mich nicht zu
_____ mal (bitte Anzahl nennen)

16 Hat sich in letzter Zeit dein Alkoholkonsum erhöht?

trifft für mich nicht zu ja nein

Hilfen und anderes

17 An wen würdest du dich wenden, wenn du mal Probleme mit Rauschmitteln hast (Alkohol, Tabak, Drogen, Medikamente)? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> engster Freund, engste Freundin | <input type="radio"/> Jugendleiter, Gruppenleiter, Trainer |
| <input type="radio"/> Partner, fester Freund, feste Freundin | <input type="radio"/> Arzt |
| <input type="radio"/> Bruder, Schwester | <input type="radio"/> Beratungsstelle |
| <input type="radio"/> Lehrer | <input type="radio"/> Internet |
| <input type="radio"/> Schulsozialarbeiter | <input type="radio"/> Sonstige |
| <input type="radio"/> Mutter, Vater, Großeltern | <input type="radio"/> weiß nicht |

18 Alles in allem: wie zufrieden bist du mit deinem Leben?

ganz und gar zufrieden		mittel		ganz und gar unzufrieden
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19 Welche der folgenden Noten entspricht am ehesten deiner Durchschnittsnote am Ende des letzten Schuljahres?

sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20 Alter (in Jahren): _____

21 Geschlecht: männl weibl

22 Besuchte Schule:

- Gesamtschule Realschule Gymnasium
 Förderschule Gesamtschule mit gymnasialer Oberstufe

Bitte dieses Feld freilassen

Vielen Dank!!!

1	2	0				
			Landkreis	Gemeinde-Nr		