

Katamnese-Fragebogen

1. Lebenssituation

1.1 Ich hatte in den letzten 12 Monaten überwiegend

(i) Bitte jeweils nur eine Aussage ankreuzen

1.1.1 eine/n Partner/in

1.1.2 keine/n Partner/in

1.2 Ich habe in den letzten 12 Monaten überwiegend

(i) Bitte jeweils nur eine Aussage ankreuzen

1.2.1 alleine gelebt

1.2.2 nicht alleine gelebt

1.3 Wenn nicht alleine gelebt:

Ich habe in den letzten 12 Monaten zusammengelebt mit ...

(i) Bitte in jeder Zeile angeben ob ja oder nein

1.3.1 Partner oder Partnerin Ja Nein

1.3.2 mit Kind oder Kindern Ja Nein

1.3.3 Eltern oder Elternteil Ja Nein

1.3.4 (einer) sonstigen Bezugsperson/en Ja Nein

1.3.5 (einer) sonstigen Person/en Ja Nein

2. Wohnverhältnisse

2.1 Ich habe in den letzten 12 Monaten überwiegend gewohnt ...

(i) Bitte nur eine Aussage ankreuzen

2.1.1 selbständig
(in eigenem/r oder gemietetem/r Zimmer, Wohnung oder Haus)

2.1.2 bei anderen Personen

2.1.3 im ambulant betreuten Wohnen
(BeWo, ABW)

2.1.4 in einer Fachklinik, Klinik
oder stationären Reha-Einrichtung

2.1.5 in einem Wohnheim oder
Übergangswohnheim

2.1.6 in Haft

2.1.7 in einer Notunterkunft oder
Übernachtungsstelle

2.1.8 Ich war ohne Wohnung

2.1.9 Sonstiges

3. Erwerbs situation

3.1 Ich war in den letzten 12 Monaten überwiegend ...

(i) Bitte nur eine Aussage ankreuzen

3.1.1 Auszubildende/r

3.1.8 Arbeitslos nach SGB III (ALG I)

3.1.2 Arbeiter/in, Angestellte/r oder Beamter/in

3.1.9 Arbeitslos nach SGB II (ALG II)

3.1.3 Selbständige/r oder Freiberufler/in

3.1.10 Schüler/in oder Studierende/r

3.1.4 anders erwerbstätig (in einem besonderen Dienstverhältnis wie z.B. im Freiwilligendienst, als Abgeordnete/r oder Richter/in oder ein/e mithelfende/r Familienangehörige/r)

3.1.11 Hausfrau oder Hausmann

3.1.5 in beruflicher Rehabilitation (LTA – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)

3.1.12 Rentner/in oder Pensionär/in

3.1.6 in Elternzeit

3.1.13 Nichterwerbsperson (mit Bezug von Leistungen der Sozialhilfe)

3.1.7 im (längerfristigen) Krankenstand

3.1.14 Nichterwerbsperson (ohne Bezug von Leistungen der Sozialhilfe)

4. Suchtbezogene Hilfen

- 4.1 Ich habe in den letzten 12 Monaten in folgenden Einrichtungen Hilfen im Zusammenhang mit der Suchterkrankung in Anspruch genommen ...

i Bitte in jeder Zeile angeben ob ja oder nein

- | | | | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 4.1.1 Selbsthilfe | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | 4.1.7 Einrichtung im Strafvollzug | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 4.1.2 Ambulante Einrichtung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | 4.1.8 Maßnahmen zur Beschäftigung, Qualifizierung oder Arbeitsförderung, (z.B. arbeitsmarktorientierte Beratung, berufliche Reha, Beschäftigung für behinderte Menschen) | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 4.1.3 Stationäre Reha-Einrichtung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | | | |
| 4.1.4 Krankenhaus oder Krankenhausabteilung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | | | |
| 4.1.5 ärztliche oder psychotherapeutische Praxis | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | 4.1.9 Andere Einrichtung / Institution / Maßnahme | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 4.1.6 soziotherapeutische Einrichtung oder Einrichtung der Eingliederungshilfe | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | | | |

5. Lebensbereiche und Problemfelder

- 5.1 In den letzten 12 Monaten ergaben sich im Hinblick auf eine Belastung in den unten aufgeführten Lebensbereichen oder Problemfeldern folgende Entwicklungen/Veränderungen:

i Bitte in jeder Zeile nur eine zutreffende Aussage ankreuzen

	Belastung gebessert	Belastung gleich geblieben	Belastung verschlimmert	Belastung neu aufgetreten	Belastung zu keiner Zeit vorhanden
5.1 Suchtmittel, Substanzkonsum, Suchtverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 körperliche Gesundheit, körperliches Befinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 psychische Gesundheit, seelischer Zustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4 familiäre Situation (Partner, Kinder, Eltern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5 weiteres soziales Umfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6 Schule, Ausbildungsplatz, Arbeitsplatz, Beschäftigungssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7 Freizeitverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8 Alltagsstrukturierung und Tagesstruktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.9 finanzielle Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.10 Wohnsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.11 Straftaten bzw. Justizielle Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.12 Fahreignung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.13 sexuelle Gewalterfahrungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.14 andere Gewalterfahrungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.15 Gewaltausübung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Glücksspielverhalten

- 7.1 Ich bin seit Ende der Behandlung ... i (Bitte nur eine Aussage ankreuzen)
- nicht durchgehend spielfrei durchgehend spielfrei
(keine Glücksspielteilnahme)



falls nicht durchgehend spielfrei
weiter mit Frage 7.1.1



falls durchgehend spielfrei
weiter mit Frage 8.1

- 7.1.1 Ich bin in den letzten 30 Tagen wieder spielfrei gewesen

Ja

Nein

- 7.2.1 Dauer der Spielfreiheit in Wochen unmittelbar nach Ende der Behandlung ...

i bei durchgängigem Spielen oder weniger als einer Woche Spielfreiheit bitte 00 eintragen

Wochen

- 7.2.2 Dauer der aktuellen Spielfreiheit in Wochen zum Zeitpunkt der Befragung ...

i bei durchgängigem Spielen oder weniger als einer Woche Spielfreiheit bitte 00 eintragen

Wochen

8. Exzessive Mediennutzung

- 8.1 Ich bin seit Ende der Behandlung ... i (Bitte nur eine Aussage ankreuzen)

nicht durchgehend nutzungsfrei
(exzessive Nutzung)

durchgehend nutzungsfrei
(keine exzessive Nutzung)



falls nicht durchgehend nutzungsfrei
weiter mit Frage 8.1.1



- 8.1.1 Ich bin in den letzten 30 Tagen wieder nutzungsfrei gewesen

Ja

Nein

falls durchgehend nutzungsfrei,
aber nicht durchgehend spielfrei
weiter mit Frage 7.3/8.3

ansonsten fertig!

- 8.2.1 Dauer der Nutzungsfreiheit in Wochen unmittelbar nach Ende der Behandlung ...

i bei durchgängigem Spielen oder weniger als einer Woche Spielfreiheit bitte 00 eintragen

Wochen

- 8.2.2 Dauer der aktuellen Nutzungsfreiheit in Wochen zum Zeitpunkt der Befragung ...

i bei durchgängiger Nutzung oder weniger als einer Woche Nutzungsfreiheit bitte 00 eintragen

Wochen

Glücksspielverhalten, Mediennutzung und Veränderung

- 7.3/
8.3 Wenn Sie nicht durchgehend spielfrei bzw. nutzungsfrei waren, welche Spiel- oder Nutzungsformen haben Sie seit Ende der Behandlung praktiziert?

i Bitte jede praktizierte Spiel- bzw. exzessiv praktizierte Nutzungsform ankreuzen

.1 Glücksspiele in Spielhalle, Gastronomie, Sportwettbüro, Lotterieannahmestelle etc.

.2 Glücksspiel online (Automaten, Casino, Poker, Sportwetten, Lotterien etc.)

.3 Exzessive Mediennutzung (Gamen, Chatten, Surfen etc.)

- 7.4/
8.4 Wenn Sie nicht spielfrei bzw. nutzungsfrei waren, an wie vielen Tagen innerhalb der letzten 30 Tage haben Sie gespielt oder Medien exzessiv genutzt?

i Bitte für jede angekreuzte Spiel- oder Nutzungsform eine Zahl zwischen 0 und 30 angeben und rechts die Veränderung der Spiel- bzw. Nutzungsdauer dokumentieren

- 7.5/
8.5 Wenn Sie nicht durchgehend spielfrei bzw. nutzungsfrei waren, wie hat sich Ihre Spiel- bzw. Nutzungsdauer gegenüber der Zeit vor Beginn der Behandlung verändert?

deutlich verringert
leicht verringert
gleich geblieben
leicht gesteigert
deutlich gesteigert



Ende des Fragebogens – Vielen Dank für Ihre Mitarbeit – Bitte Rücksendung nicht vergessen!