

# Katamnese-Fragebogen

Ausfülldatum: Tag   Monat   Jahr

Katamnesennummer:

## 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  
Übergangwohnheim .....

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. Erwerbssituation

**3.1 Ich war in den letzten 12 Monaten überwiegend ...**  
**i** Bitte nur eine Aussage ankreuzen

3.1.1 Auszubildende/r .....

3.1.2 Arbeiter/in, Angestellte/r oder Beamt/er/in .....

3.1.3 Selbständige/r oder Freiberufler/in .....

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

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

3.1.6 in Elternzeit .....

3.1.7 im (längerfristigen) Krankenstand .....

3.1.8 Arbeitslos nach SGB III (ALG I) .....

3.1.9 Arbeitslos nach SGB II (ALG II) .....

3.1.10 Schüler/in oder Studierende/r .....

3.1.11 Hausfrau oder Hausmann .....


3.1.12 Rentner/in oder Pensionär/in .....

3.1.13 Nichterwerbsperson (mit Bezug  
von Leistungen der Sozialhilfe) .....

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 ...

 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"/> | 4.1.9 Andere Einrichtung / Institution / Maßnahme .....  | 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"/> |  |                             |                               |
| 4.1.6 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:

 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"/>

## 6. Konsum von Substanzen

### 6.1 Ich bin seit Ende der Behandlung von Alkohol, Drogen und nicht verordneten Medikamenten ...

*i* Bitte nur eine Aussage ankreuzen

nicht durchgehend abstinent .....

durchgehend abstinent .....

 falls nicht durchgehend abstinent weiter mit Frage 6.1.1

falls durchgehend abstinent weiter mit Frage 6.6.1 

#### 6.1.1 Ich bin in den letzten 30 Tagen wieder abstinent gewesen

Ja .....

Nein .....

#### 6.2.1 Dauer der Abstinenz in Wochen unmittelbar nach Ende der Behandlung ...

*i* bei durchgehendem Konsum oder weniger als einer Woche Abstinenz bitte 00 eintragen

Wochen

#### 6.2.2 Dauer der aktuellen Abstinenz in Wochen zum Zeitpunkt der Befragung ...

*i* bei durchgehendem Konsum oder weniger als einer Woche Abstinenz bitte 00 eintragen

Wochen

## Substanzkonsum und Konsumveränderung

### 6.3 Wenn Sie nicht durchgehend abstinent waren, welche Substanzen haben Sie seit Ende der Behandlung konsumiert?

*i* Bitte jede konsumierte Substanz ankreuzen

6.3.1 Alkohol .....

6.3.2 Cannabis .....

6.3.3 Hypnotika/Sedativa (Schlaf-/Beruhigungsmittel) .....

6.3.4 Opiate/Opioide .....

6.3.5 Kokain .....

6.3.6 Stimulanzien (Aufputschmittel) .....

6.3.7 Halluzinogene .....

6.3.8 Flüchtige Lösungsmittel .....

6.3.9 Andere Substanzen .....

### 6.4 Wenn Sie nicht durchgehend abstinent waren, an wie vielen Tagen innerhalb der letzten 30 Tage haben Sie konsumiert?

*i* Bitte für jede konsumierte Substanz eine Zahl zwischen 0 und 30 angeben und rechts die Veränderung der Konsummenge dokumentieren

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 6.5 Wenn Sie nicht durchgehend abstinent waren, wie hat sich Ihre Dosis bzw. Konsummenge gegenüber der Zeit vor Beginn der Behandlung verändert?

deutlich verringert    leicht verringert    gleich geblieben    leicht gesteigert    deutlich gesteigert

.....  .....  .....  .....  .....

.....  .....  .....  .....  .....

.....  .....  .....  .....  .....

.....  .....  .....  .....  .....

.....  .....  .....  .....  .....

.....  .....  .....  .....  .....

.....  .....  .....  .....  .....

.....  .....  .....  .....  .....

.....  .....  .....  .....  .....

#### 6.6.1 Konsum von Tabak seit Behandlungsende

Ja .....

Nein .....

#### 6.6.2 Konsumveränderung gegenüber der Zeit vor Beginn der Behandlung? .....

.....  .....  .....  .....



Wenn Sie **ausschließlich wegen Alkohol, Drogen oder nicht verordneten Medikamenten** in Behandlung waren, sind Sie jetzt mit dem Ausfüllen des Fragebogens fertig – Vielen Dank!



Wenn Sie **wegen pathologischem Glücksspiel oder exzessiver Mediennutzung** in Behandlung waren, fahren Sie bitte ab Nummer 7 fort!

## 7. Glücksspielverhalten

7.1 Ich bin seit Ende der Behandlung ...

(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 ...

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 ...

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

Wochen

## 8. Exzessive Mediennutzung

8.1 Ich bin seit Ende der Behandlung ...

(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



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

8.1.1 Ich bin in den letzten 30 Tagen wieder nutzungsfrei gewesen

Ja .....

Nein .....

ansonsten fertig!

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

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 ...

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?

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?

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!