

<b>Datum:</b> .....	- Drug Checking
<b>Interventionsart:</b> - mobile Intervention   - Infostand   - Chill-Out   - andere:.....	- Büro/stationär
<b>Veranstaltungsart:</b> - Club   - One-off-Party   - Outdoor-Party   - Festival   - Öffentlicher Raum   - Bars   - andere:.....	
<b>Geschätzte Anzahl Besuchende:</b> <200   - 200-500   - 500-1'000   - 1'000-2'000   - 2'000-5'000   >5'000	

<b>Q1. Wie alt bist du?</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Q2. Geschlecht?</b> M <input type="checkbox"/> _0   F <input type="checkbox"/> _1			
<b>Q3. Letzte abgeschlossene Ausbildung?</b> (nur eine Antwort)				
Keine <input type="checkbox"/> _1	obligatorische Schule <input type="checkbox"/> _2	Berufslehre, Vollzeitberufsschule Höhere Berufsbildung <input type="checkbox"/> _3	(Berufs-)Matur, Fachmittelschule <input type="checkbox"/> _4	Hochschule / FH / Uni <input type="checkbox"/> _5
<b>Q4. Was machst du zurzeit «beruflich»?</b> (nur eine Antwort, die am ehesten zutrifft)				
In Ausbildung <input type="checkbox"/> _1	Ich arbeite <input type="checkbox"/> _2	Auf Stellensuche <input type="checkbox"/> _3	Nicht auf dem Arbeitsmarkt aktiv <input type="checkbox"/> _4	

**Q5. Hast du schon mal die unten aufgeführten Substanzen konsumiert?**

(Achtung 4 Fragen pro Substanz mit je einer Antwortmöglichkeit)

	1. Jemals in deinem Leben? Nein / Ja?		2. In den letzten 12 Monaten? Nein / Ja? ... Wenn ja,		3. wie oft in den letzten 30 Tagen?					4. In welchem Alter das 1. Mal?
	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	An 20 oder mehr Tagen	An 9 bis 20 Tagen	An 3 bis 9 Tagen	An 1 oder 2 Tagen	Gar nicht	
<b>Tabak</b>	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	● → <input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	.....Jahre
<b>Alkohol</b>	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	● → <input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	.....Jahre
<b>Hanfprodukte</b> (Gras, Hasch)	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	● → <input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	.....Jahre
<b>Kokain</b>	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	● → <input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	.....Jahre
<b>Heroin</b>	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	● → <input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	.....Jahre
<b>Ecstasy</b> (MDMA)	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	● → <input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	.....Jahre
<b>Speed</b> (Amphetamin)	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	● → <input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	.....Jahre
<b>Methamphetamin</b> (Thaipille, Crystal, Meth)	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	● → <input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	.....Jahre
<b>GHB/GBL</b> (Liquid Ecstasy)	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	● → <input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	.....Jahre
<b>LSD</b>	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	● → <input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	.....Jahre
<b>Ketamin</b>	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	● → <input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	.....Jahre
<b>Poppers</b>	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	● → <input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	.....Jahre
<b>Psylos</b>	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	● → <input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	.....Jahre
<b>Smart Drugs, Research Chemicals, Legal Highs Welche?.....)</b>	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	● → <input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	.....Jahre

	1. Jemals in deinem Leben? Nein / Ja?		2. In den letzten 12 Monaten? Nein / Ja? ... Wenn ja,		3. wie oft in den letzten 30 Tagen?					4. In welchem Alter das 1. Mal?
					An 20 oder mehr Tagen	An 9 bis 20 Tagen	An 3 bis 9 Tagen	An 1 oder 2 Tagen	Gar nicht	
Dir verschriebene psychoaktive Medikamente (Welche? .....	Nein <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	Ja <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Nein <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	Ja <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	.....Jahre
Dir nicht verschriebene psychoaktive Medikamente (Welche? .....	Nein <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	Ja <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Nein <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	Ja <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	.....Jahre
Andere (Welche? .....	Nein <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	Ja <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Nein <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	Ja <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	.....Jahre

**Q6. Über welche Medien informierst du dich über psychoaktive Substanzen? (mehrere Antworten möglich)**

<input type="checkbox"/> Foren (Internet)	<input type="checkbox"/> News-Medien (Zeitung, TV, usw.)
<input type="checkbox"/> Webseiten mit Substanzeninfos	<input type="checkbox"/> Online-Beratung
<input type="checkbox"/> Drug Checking Warnungen	<input type="checkbox"/> Dokumentarfilme
<input type="checkbox"/> Fachbücher	<input type="checkbox"/> Ich informiere mich nicht
<input type="checkbox"/> Flyer, Broschüren	<input type="checkbox"/> Anderes (Welche:.....)

**Fragen zum Alkoholkonsum (Q7/Q8):** Ein sogenannter Standarddrink sind 1 Glas Wein (etwa 1 dl), ein Bier (etwa 3 dl), ein Gläschen Spirituosen (etwa 2 cl), eine Flasche Alkopops, oder ein Aperitif oder Longdrink (Bacardi Cola, Wodka–Orangensaft oder andere Cocktails). Bedenke bitte, dass ein grosses Bier (eine 0.5 l Dose oder grosses Glas) z.B. 2 Standarddrinks sind, eine Flasche Wein sogar 7 Standarddrinks.

**Q7. Denke an die letzten 12 Monate. An wievielen Tagen hast du durchschnittlich Alkohol an den Wochenenden konsumiert und jeweils wieviele Standardgetränke im Schnitt?**

Anzahl Tage an Wochenenden von Freitag bis Sonntag (nur eine Antwort)	Anzahl Standarddrinks pro Tag im Schnitt von Freitag bis Sonntag (nur eine Antwort)
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> normalerweise keinen Tag am Wochenende	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> 1 oder 2
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> einen Wochenendtag einmal pro Monat	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 3 oder 4
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> einen Wochenendtag alle zwei Wochen	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 5 oder 6
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> 1 Tag pro Wochenende, jede Woche	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> 7 oder 8
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> 2 Tage pro Wochenende, jede Woche	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> 9 oder mehr
<input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Alle drei Tage pro Wochenende, jede Woche	

**Q8. Wie oft kam es in den letzten 12 Monaten vor, dass du während einer Gelegenheit 4 alkoholische Standardgetränke (bei Männern 5 alkoholische Getränke) getrunken hast? (nur eine Antwort)**

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> nie in den letzten 12 Monaten	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> 1-2 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub> 1 Mal pro Tag
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> weniger als 1 Mal pro Monat	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub> 3-4 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub> 2 Mal oder häufiger jeden Tag
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 1-2 Mal im Monat	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub> 5-6 Mal pro Woche	
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> 3-4 Mal pro Monat		

**Q9. Was konsumierst du an einer typischen Partynacht?** (mehrere Antworten möglich)

<input type="checkbox"/> Tabak	Anzahl Zigaretten: __	<input type="checkbox"/> Psylos
<input type="checkbox"/> Alkohol	Anzahl Standarddrinks: __	<input type="checkbox"/> Ketamin ( <i>Präzisiere Konsumform und Anzahl Gramm: .....</i> )
<input type="checkbox"/> Hanfprodukte	Anzahl Joints: __ Anzahl Bongos/Pfeife: __	<input type="checkbox"/> Methamphetamin (Thaipille, Crystal, Meth) ( <i>Präzisiere Konsumform und Anzahl Gramm / Pillen: .....</i> )
<input type="checkbox"/> Kokain	Anzahl Gramm geschnupft: __ Anzahl Gramm geraucht: __ Anzahl Gramm intravenös: __	<input type="checkbox"/> Poppers
<input type="checkbox"/> Heroin	Anzahl Gramm geraucht: __ Anzahl Gramm intravenös: __ Anzahl Gramm geschupft: __	<input type="checkbox"/> Energy Drinks ( <i>Präzisiere Menge in Deziliter: .....</i> )
<input type="checkbox"/> Ecstasy / MDMA	Anzahl Pillen: __ Anzahl Gramm geschluckt bei Pulver: __ Anzahl Gramm geschnupft: __	<input type="checkbox"/> Smart Drugs, Research Chemicals, Legal Highs ( <i>Welche und wieviel?.....</i> )
<input type="checkbox"/> Amphetamin (Speed)	Anzahl Gramm geschnupft: __ Anzahl Gramm geschluckt: __	<input type="checkbox"/> Dir nicht verschriebene psychoaktive Medikamente ( <i>Welche?.....</i> )
<input type="checkbox"/> GHB/GBL	Anzahl Milliliter: __	<input type="checkbox"/> Anderes ( <i>Was?.....</i> )
<input type="checkbox"/> LSD	Anzahl Filzli: __ Anzahl Tropfen: __	<input type="checkbox"/> Nichts

**Q10. Hattest du schon mal eines der folgenden Erlebnisse / Ereignisse nach dem Konsum von psychoaktiven Substanzen erlebt?** (mehrere Antworten möglich)

Kurzfristig	Langfristig
<input type="checkbox"/> Bad Trip erlebt	<input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie / PartnerIn
<input type="checkbox"/> Bewusstsein verloren	<input type="checkbox"/> Probleme mit meinen FreundInnen
<input type="checkbox"/> Notfallaufnahme	<input type="checkbox"/> Probleme in der Schule / Arbeit
<input type="checkbox"/> Safer Sex Regeln nicht eingehalten	<input type="checkbox"/> Strafverfahren / Führerausweisentzug
<input type="checkbox"/> Strassenverkehrsunfall	<input type="checkbox"/> Geldprobleme / Schulden
<input type="checkbox"/> andere Unfälle (Sturz, Haushalt, Arbeit, Sport, etc.)	<input type="checkbox"/> Sexuelle Funktionsstörungen
<input type="checkbox"/> Gewaltprobleme (als Opfer oder TäterIn)	<input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit
<input type="checkbox"/> Nicht gewünschter sexueller Kontakt	<input type="checkbox"/> Chronische Schlafprobleme
<input type="checkbox"/> Fahren unter dem Einfluss von Drogen oder Alkohol	<input type="checkbox"/> Chronische Infektion (Hepatitis, HIV)
<input type="checkbox"/> Probleme mit der Polizei (Polizeikontrolle, Busse)	<input type="checkbox"/> Depression
<input type="checkbox"/> Akute Angst- oder Panikattacke	<input type="checkbox"/> Wiederholte Angst- oder Panikattacken
<input type="checkbox"/> Depressive Verstimmung	<input type="checkbox"/> Andere ( <i>Welche:.....</i> )
<input type="checkbox"/> Epileptischer Anfall	<input type="checkbox"/> Keine
<input type="checkbox"/> Allergische Reaktion	
<input type="checkbox"/> Andere ( <i>Welche:.....</i> )	
<input type="checkbox"/> Keine	

**F1. Freiwillig: Wie oft warst du während den letzten 30 Tagen im Ausgang (Party, Club, Bar, Festival, etc.)?**  
(Nur eine Antwort)

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Nie	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Einmal pro Woche (4 Mal pro Monat)
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Einmal	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> 2 - 3 Mal pro Woche (8-12 Mal pro Monat)
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 2 – 3 Mal	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Mehr als 3 Mal pro Woche

**F2. Freiwillig: Wie kommst du nach einer typischen Partynacht nach Hause?** (Nur eine Antwort)

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Zu Fuss	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Mit meinem eigenen Auto, Mofa, Töff
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Öffentlicher Verkehr	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Als MitfahrerIn einer konsumierenden Person
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Als MitfahrerIn einer nüchternen Person	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub> Mit dem Velo
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Taxi	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub> Anderes (Wie:.....)

**F3. Freiwillig: Während deinem letzten Ausgang (Party, Club, Bar, Festival, etc.) und im Anschluss, hattest du dann sexuelle Kontakte?**

<input type="checkbox"/> ja, mit meiner/meinem festen Partnerin/Partner
<input type="checkbox"/> ja, mit einer/einem Gelegenheitspartner/-partnerin ( <i>one-night stand, anonymer Kontakt, ...</i> )
<input type="checkbox"/> nein

**Falls ja, habt ihr dabei ein Präservativ benutzt?**

<sub>1</sub> ja                      <sub>2</sub> nein                      <sub>3</sub> ich weiss es nicht

**Falls nein, warum hast du keinen Präservativ benutzt?** (Nur eine Antwort)

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Ich habe nicht daran gedacht
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Ich hatte keinen dabei
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Aufgrund von Substanzeneinfluss habe ich die möglichen Risiken weniger beachtet
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Ich bin es nicht gewohnt einen zu benutzen, da ich Präservative nicht mag
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Ich vertraue meiner/meinem festen Partnerin/Partner
<input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Anderes ( <i>Warum:.....</i> )

**F4. Freiwillig: Hast du schon mal einen Hepatitis C Test gemacht?**

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ja	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> nein	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> ich weiss es nicht
--	--	--

**F5. Freiwillig: Hast du schon mal einen HIV Test gemacht?**

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ja	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> nein	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> ich weiss es nicht
--	--	--