

Datum:					Institutionscode:					Drug Checking: Nein <input type="checkbox"/> _0 Ja <input type="checkbox"/> _1					Substanz?				
Wo hast du die getestete Substanz bezogen?																			
Gasse				Privat (Bekanntenkreis etc.)				Party/Veranstaltung				Internet				Selbstproduktion			
<input type="checkbox"/> _1				<input type="checkbox"/> _2				<input type="checkbox"/> _3				<input type="checkbox"/> _4				<input type="checkbox"/> _5			

Befragungssetting

Interventionsart:													
Mobile Intervention		Infostand		Chill-Out		Büro		Andere:					
Veranstaltungsart:													
Club		One-off-Party		Outdoor-Party		Festival		Öffentlicher Raum		Bars		Andere:	
Geschätzte Anzahl Besuchende:													
<200		200-500		501-1'000		1'001-2'000		2'001-5'000		>5'000			

Angaben zur Person

Q1. Wie alt bist du? ■ ■ ■		Q2. Geschlecht? M <input type="checkbox"/> _0 F <input type="checkbox"/> _1		Wohnkanton? ■ ■ ■					
Q3. Letzte abgeschlossene Ausbildung? (nur eine Antwort)									
Berufslehre, Vollzeitberufsschule									
Keine		Obligatorische Schule		Höhere Berufsbildung		(Berufs-)Matur, Fachmittelschule		Hochschule / FH / Uni	
<input type="checkbox"/> _1		<input type="checkbox"/> _2		<input type="checkbox"/> _3		<input type="checkbox"/> _4		<input type="checkbox"/> _5	
Q4. Was machst du zurzeit «beruflich»? (max. 1 Antwort möglich)									
Arbeit & Ausbildung		In Ausbildung		Ich arbeite		Auf Stellensuche		Nicht auf dem Arbeitsmarkt aktiv	
<input type="checkbox"/> _0		<input type="checkbox"/> _1		<input type="checkbox"/> _2		<input type="checkbox"/> _3		<input type="checkbox"/> _4	

T1. Hast du schon einmal eine Substanz analysieren lassen?							
Ja <input type="checkbox"/> _1		Nein <input type="checkbox"/> _0		Wenn ja, wo ?		Wann das letzte Mal?.....	
Wie oft hast du schon ein Drug Checking genutzt?							
<input type="checkbox"/> _1 1 x		<input type="checkbox"/> _2 2 – 5 x		<input type="checkbox"/> _3 mehr als 5 x			

Hast du diesen Fragebogen schon einmal ausgefüllt?							
Nein <input type="checkbox"/> _0		Ja <input type="checkbox"/> _1		Wenn ja, wo ?		Wann das letzte Mal?.....	

Q5. Hast du schon einmal die unten aufgeführten Substanzen konsumiert? <i>Achtung 6 Fragen pro Substanz mit je einer Antwortmöglichkeit)</i>	1. Jemals in deinem Leben? Nein / Ja?		2. In den letzten 12 Monaten?		Q6: Wenn ja, in welchem Setting?	3. Wie oft in den letzten 30 Tagen?					4. Welche Dosierung / Menge beim letzten Konsum vor dem Tag der Befragung?	5. 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		Party/ Ausgang <input type="checkbox"/> _1 Privat/Daheim <input type="checkbox"/> _2 Arbeit/Studium <input type="checkbox"/> _3	An 20 oder mehr Tagen <input type="checkbox"/> _5	An 10 bis 19 Tagen <input type="checkbox"/> _4	An 3 bis 9 Tagen <input type="checkbox"/> _3	An 1 oder 2 Tagen <input type="checkbox"/> _2			Gar nicht ☐ _1
Alkohol	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Party/ Ausgang <input type="checkbox"/> _1 Privat/Daheim <input type="checkbox"/> _2 Arbeit/Studium <input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	Anzahl Standarddrinks: __	.....Jahre
Tabak	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Party/ Ausgang <input type="checkbox"/> _1 Privat/Daheim <input type="checkbox"/> _2 Arbeit/Studium <input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	Anzahl Zigaretten: __ (in den letzten 24h vor der Befragung)	.....Jahre
Hanfprodukte (Gras, Hasch)	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Party/ Ausgang <input type="checkbox"/> _1 Privat/Daheim <input type="checkbox"/> _2 Arbeit/Studium <input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	Anzahl Gramm: __ (1 Joint ≈ 0.2 Gramm)	.....Jahre
Ecstasy (MDMA)	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Party/ Ausgang <input type="checkbox"/> _1 Privat/Daheim <input type="checkbox"/> _2 Arbeit/Studium <input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	Anzahl Pillen: __ Anzahl Milligramm: __	.....Jahre
Amphetamin (Speed)	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Party/ Ausgang <input type="checkbox"/> _1 Privat/Daheim <input type="checkbox"/> _2 Arbeit/Studium <input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	Anzahl Gramm: __ (1 Line ≈ 0.1 Gramm)	.....Jahre
Kokain	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Party/ Ausgang <input type="checkbox"/> _1 Privat/Daheim <input type="checkbox"/> _2 Arbeit/Studium <input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	Anzahl Gramm: __ (1 Line ≈ 0.1 Gramm)	.....Jahre
LSD	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Party/ Ausgang <input type="checkbox"/> _1 Privat/Daheim <input type="checkbox"/> _2 Arbeit/Studium <input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	Anzahl Filzli: __ Anzahl Tropfen: __ Anzahl µg __	.....Jahre
Psylos	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Party/ Ausgang <input type="checkbox"/> _1 Privat/Daheim <input type="checkbox"/> _2 Arbeit/Studium <input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	Menge/Masseinheit: __	.....Jahre
Ketamin	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Party/ Ausgang <input type="checkbox"/> _1 Privat/Daheim <input type="checkbox"/> _2 Arbeit/Studium <input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	Anzahl Milligramm: __	.....Jahre
2C-B	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Party/ Ausgang <input type="checkbox"/> _1 Privat/Daheim <input type="checkbox"/> _2 Arbeit/Studium <input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	Anzahl Milligramm: __	.....Jahre

Poppers	Nein <input type="checkbox"/> ₀ Ja <input type="checkbox"/> ₁	Nein <input type="checkbox"/> ₀ Ja <input type="checkbox"/> ₁	Party/ Ausgang <input type="checkbox"/> ₁ Privat/Daheim <input type="checkbox"/> ₂ Arbeit/Studium <input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₅ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₁	Menge/Masseinheit: __	.....Jahre
GHB/GBL	Nein <input type="checkbox"/> ₀ Ja <input type="checkbox"/> ₁	Nein <input type="checkbox"/> ₀ Ja <input type="checkbox"/> ₁	Party/ Ausgang <input type="checkbox"/> ₁ Privat/Daheim <input type="checkbox"/> ₂ Arbeit/Studium <input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₅ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₁	Anzahl Milliliter: __	.....Jahre
Methamphetamin (Meth, Thaipille, Crystal)	Nein <input type="checkbox"/> ₀ Ja <input type="checkbox"/> ₁	Nein <input type="checkbox"/> ₀ Ja <input type="checkbox"/> ₁	Party/ Ausgang <input type="checkbox"/> ₁ Privat/Daheim <input type="checkbox"/> ₂ Arbeit/Studium <input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₅ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₁	Anzahl Pillen: __ Anzahl Milligramm: __	.....Jahre
Heroin	Nein <input type="checkbox"/> ₀ Ja <input type="checkbox"/> ₁	Nein <input type="checkbox"/> ₀ Ja <input type="checkbox"/> ₁	Party/ Ausgang <input type="checkbox"/> ₁ Privat/Daheim <input type="checkbox"/> ₂ Arbeit/Studium <input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₅ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₁	Anzahl Milligramm: __	.....Jahre

1. Jemals in deinem Leben? Nein / Ja?

2. In den letzten 12 Monaten? Nein / Ja? ...

Q6: Wenn ja, in welchem Setting?

3. Wie oft in den letzten 30 Tagen?

4. Welche Dosierung / Menge beim letzten Konsum am Tag vor der Befragung?

5. In welchem Alter das 1. Mal?

Q5. Hast du schon einmal die unten aufgeführten Substanzen konsumiert?

Achtung 6 Fragen pro Substanz mit je einer Antwortmöglichkeit



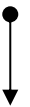
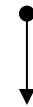
An 20 oder mehr Tagen

An 10 bis 19 Tagen

An 3 bis 9 Tagen

An 1 oder 2 Tagen

Gar nicht



Neue psychoaktive Substanzen (NPS), z.B. Mephedron, Methylon, 4-FA, Spice, 2C-E, MDPV

.....

Nein ₀ Ja ₁

Nein ₀ Ja ₁

Party/ Ausgang ₁
Privat/Daheim ₂
Arbeit/Studium ₃

₅ ₄ ₃ ₂ ₁

Menge/Masseinheit: __

.....Jahre

.....

Nein ₀ Ja ₁

Nein ₀ Ja ₁

Party/ Ausgang ₁
Privat/Daheim ₂
Arbeit/Studium ₃

₅ ₄ ₃ ₂ ₁

Menge/Masseinheit: __

.....Jahre

.....

Nein ₀ Ja ₁

Nein ₀ Ja ₁




Party/ Ausgang ₁
Privat/Daheim ₂
Arbeit/Studium ₃

₅ ₄ ₃ ₂ ₁




Menge/Masseinheit: __

.....Jahre

Medikamente, um dich zu berauschen, z.B. Benzodiazepine, Ritalin, Codein

<p></p>	Nein <input type="checkbox"/> ₀ Ja <input type="checkbox"/> ₁	Nein <input type="checkbox"/> ₀ Ja <input type="checkbox"/> ₁	Party/ Ausgang <input type="checkbox"/> ₁ Privat/Daheim <input type="checkbox"/> ₂ Arbeit/Studium <input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₅ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₁	Menge/Masseinheit: ____	.....Jahre
<p></p>	Nein <input type="checkbox"/> ₀ Ja <input type="checkbox"/> ₁	Nein <input type="checkbox"/> ₀ Ja <input type="checkbox"/> ₁	Party/ Ausgang <input type="checkbox"/> ₁ Privat/Daheim <input type="checkbox"/> ₂ Arbeit/Studium <input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₅ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₁	Menge/Masseinheit: ____	.....Jahre
<p></p>	Nein <input type="checkbox"/> ₀ Ja <input type="checkbox"/> ₁	Nein <input type="checkbox"/> ₀ Ja <input type="checkbox"/> ₁	Party/ Ausgang <input type="checkbox"/> ₁ Privat/Daheim <input type="checkbox"/> ₂ Arbeit/Studium <input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₅ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₁	Menge/Masseinheit: ____	.....Jahre

Pflanzliche Drogen, z.B. Meskalin, Nachtschattendrogen, Salvia Divinorum, CBD

<p></p>	Nein <input type="checkbox"/> ₀ Ja <input type="checkbox"/> ₁	Nein <input type="checkbox"/> ₀ Ja <input type="checkbox"/> ₁	Party/ Ausgang <input type="checkbox"/> ₁ Privat/Daheim <input type="checkbox"/> ₂ Arbeit/Studium <input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₅ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₁	Menge/Masseinheit: ____	.....Jahre
<p></p>	Nein <input type="checkbox"/> ₀ Ja <input type="checkbox"/> ₁	Nein <input type="checkbox"/> ₀ Ja <input type="checkbox"/> ₁	Party/ Ausgang <input type="checkbox"/> ₁ Privat/Daheim <input type="checkbox"/> ₂ Arbeit/Studium <input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₅ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₁	Menge/Masseinheit: ____	.....Jahre
<p></p>	Nein <input type="checkbox"/> ₀ Ja <input type="checkbox"/> ₁	Nein <input type="checkbox"/> ₀ Ja <input type="checkbox"/> ₁	Party/ Ausgang <input type="checkbox"/> ₁ Privat/Daheim <input type="checkbox"/> ₂ Arbeit/Studium <input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₅ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₁	Menge/Masseinheit: ____	.....Jahre

Q7. Kam es in den letzten 12 Monaten vor, dass du mehrere psychoaktive Substanzen gleichzeitig oder kurz hintereinander konsumiert hast? (inkl. Alkohol, ohne Tabak)?

Nein <input type="checkbox"/> _0	Ja <input type="checkbox"/> _1	Wenn ja, wie lange dauerte die Konsumgelegenheit in Stunden? ____ h ¹
Wenn ja: Wie oft findet dieser Mischkonsum statt?		
<input type="checkbox"/> _3 1 Mal pro Woche oder häufiger	<input type="checkbox"/> _2 1-3 Mal im Monat	<input type="checkbox"/> _1 weniger als 1 Mal pro Monat
Welche Substanzen mischst du am häufigsten? Bitte die drei häufigsten Mischungen von Substanzen angeben:		
<i>Häufigste Mischung:</i>		
<i>Zweithäufigste Mischung:</i>		
<i>Dritthäufigste Mischung:</i>		

Q8. Wie oft kam es in den letzten 12 Monaten vor, dass du während einer Trinkgelegenheit (z. B. Ausgang; Party) 6 alkoholische Standardgetränke oder mehr getrunken hast? (Nur eine Antwort)²

<input type="checkbox"/> _1 nie <input type="checkbox"/> _2 weniger als 1 Mal pro Monat <input type="checkbox"/> _3 1-2 Mal im Monat <input type="checkbox"/> _4 3-4 Mal pro Monat	<input type="checkbox"/> _5 2-3 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> _6 4-5 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> _7 6-7 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/> _8 1 Mal pro Tag <input type="checkbox"/> _9 2 Mal oder häufiger jeden Tag
Wie lange dauert eine Trinkgelegenheit mit mehr als 6 alkoholischen Getränken üblicherweise in Stunden? ____ h ³		

Q10. Hattest du schon einmal eines der folgenden Erlebnisse / Ereignisse nach dem Konsum von psychoaktiven Substanzen (z.B. Alkohol, Cannabis, Ecstasy, etc.) erlebt? (Mehrere Antworten möglich)

Bitte gibt zudem für jedes bereits erlebte Problem an, welche Substanz hauptsächlich zum Problem führte.

<p>Kurzfristig</p> <p><i>Psychische Probleme</i></p> <input type="checkbox"/> Bad Trip erlebt <input type="checkbox"/> Depressive Verstimmung <input type="checkbox"/> Akute Angst- oder Panikattacke <p><i>Risikoverhalten</i></p> <input type="checkbox"/> Safer Sex Regeln nicht eingehalten <input type="checkbox"/> Fahren unter dem Einfluss von Drogen oder Alkohol <p><i>Körperliche Probleme</i></p> <input type="checkbox"/> Bewusstsein verloren <input type="checkbox"/> Überdosierung <input type="checkbox"/> Epileptischer Anfall	<p>Langfristig</p> <p><i>Psychische Probleme</i></p> <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Wiederholte Angst- oder Panikattacken <input type="checkbox"/> Chronische Schlafprobleme <p><i>Soziale Probleme</i></p> <input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie / PartnerIn <input type="checkbox"/> Probleme mit meinen FreundInnen <input type="checkbox"/> Probleme in der Schule / Arbeit <input type="checkbox"/> Strafverfahren / Führerausweisentzug <input type="checkbox"/> Geldprobleme / Schulden
--	---

¹ Mögliche Zusatzfrage für die Beratung

² Erläuterung « Standarddrink » Ein sogenannter Standarddrink ist ein Glas Wein (etwa 1 dl), ein Bier (etwa 3.3 dl), ein Gläschen Spirituosen (etwa 0.25 dl), eine Flasche Alkopops, oder ein Aperitif oder Longdrink (Bacardi Cola, Wodka-Orangensaft oder andere Cocktails).

³ Mögliche Zusatzfrage für die Beratung

<input type="checkbox"/> Allergische Reaktion <input type="checkbox"/> Andere gesundheitliche Probleme (Durchfall, Herz-Kreislaufprobleme, etc.) (Welche:.....) <i>Unfälle und Gewalterfahrung</i> <input type="checkbox"/> Strassenverkehrsunfall <input type="checkbox"/> Andere Unfälle (Sturz, Haushalt, Arbeit, Sport, etc.) <input type="checkbox"/> Gewaltprobleme (als Opfer oder TäterIn) <input type="checkbox"/> Nicht gewünschter sexueller Kontakt <input type="checkbox"/> Probleme mit der Polizei (Polizeikontrolle, Busse) <input type="checkbox"/> Andere (Welche:.....) <input type="checkbox"/> Keine	<i>Körperliche Probleme</i> <input type="checkbox"/> Sexuelle Funktionsstörungen <input type="checkbox"/> Chronische Infektion (Hepatitis, HIV) <input type="checkbox"/> Andere gesundheitliche Probleme (Herz-Kreislauf-erkrankungen, Leber-/Nierenprobleme, etc.) (Welche:.....) <input type="checkbox"/> Substanzabhängigkeit / Sucht <input type="checkbox"/> Andere (Welche:.....) <input type="checkbox"/> Keine
--	---

Q11. Hast du aufgrund deines Konsums schon einmal professionelle Hilfe in Anspruch genommen?

Nein <input type="checkbox"/> _0 Ja <input type="checkbox"/> _1 <u>Wenn ja</u> , welche? (Mehrere Antworten möglich)				
<input type="checkbox"/> Notfallaufnahme	<input type="checkbox"/> Ärztliche Behandlung	<input type="checkbox"/> Psychiater oder Psycholge	<input type="checkbox"/> ambulante Suchtberatung	<input type="checkbox"/> Sozial-/Schuldenberatung
Hast du diese Hilfe freiwillig in Anspruch genommen? Nein <input type="checkbox"/> _0 Ja <input type="checkbox"/>	Hast du diese Hilfe freiwillig in Anspruch genommen? Nein <input type="checkbox"/> _0 Ja <input type="checkbox"/>	Hast du diese Hilfe freiwillig in Anspruch genommen? Nein <input type="checkbox"/> _0 Ja <input type="checkbox"/>	Hast du diese Hilfe freiwillig in Anspruch genommen? Nein <input type="checkbox"/> _0 Ja <input type="checkbox"/> _1	Hast du diese Hilfe freiwillig in Anspruch genommen? Nein <input type="checkbox"/> _0 Ja <input type="checkbox"/> _1
1	1	1		

Q12. Bereitet dir dein Konsum von psychoaktiven Substanzen (inkl. Alkohol und Tabak) aktuell Sorgen?

Nein <input type="checkbox"/> _0 Ja <input type="checkbox"/> _1 Wenn ja, warum und aufgrund welcher Substanz(en)?
.....
.....