

Fragebogen Freizeitdrogenkonsum 2026

Datum	DD.MM.JJJJ	
Institution	- DIBS, Safer Dance Basel (Basel)	<input type="checkbox"/>
	- DIZ, Saferparty (Zürich)	<input type="checkbox"/>
	- Tragwerk Drogeninfo (Luzern)	<input type="checkbox"/>
	- CONTACT Nightlife:	
	dib, rave it safe (Bern)	<input type="checkbox"/>
	dib, rave it safe (Biel)	<input type="checkbox"/>
	- Nuit Blanche (Genf)	<input type="checkbox"/>
	- DANNO	<input type="checkbox"/>
	- eve&rave	<input type="checkbox"/>
Setting	stationär	<input type="checkbox"/>
	mobil	<input type="checkbox"/> ¹
	mixed (z.B. Langstrasse / Checkpoint)	<input type="checkbox"/>

Angaben zur Person

Alter²	____ Jahre	
Gender	Mann*	<input type="checkbox"/>
	Frau*	<input type="checkbox"/>
	Diverses / anderes	<input type="checkbox"/>
Wohnkanton / Land?	[Kantone der Schweiz oder Deutschland, Frankreich, Italien, Österreich, Fürstentum Liechtenstein, anderes EU-Land oder anderes nicht-EU-Land] -----	
Letzte abgeschlossene Ausbildung (1 Antwort)	Keine	<input type="checkbox"/>
	Obligatorische Schule	<input type="checkbox"/>
	Berufslehre	<input type="checkbox"/>
	(Berufs-)Matur / Fachmittelschule	<input type="checkbox"/>
	Hochschule / Fachhochschule / Universität	<input type="checkbox"/>
In welcher beruflichen/bildungsbezogenen Situation befindest du dich aktuell? (1 Antwort)	Arbeit	<input type="checkbox"/>
	Ausbildung	<input type="checkbox"/>
	Ausbildung & Arbeit	<input type="checkbox"/>
	Auf Stellensuche	<input type="checkbox"/>
	Nicht auf dem Arbeitsmarkt aktiv	<input type="checkbox"/>
	Pensioniert	<input type="checkbox"/>

¹ Fragebogen für mobile Einstätze

² Wenn Alter <18 zusätzlich das Modul für Minderjährige

Drug Checking	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Substanz(en) (wenn Drug Checking: Ja)	<input type="checkbox"/> THC-Cannabis (Gras / Hasch / Öl etc.) <input type="checkbox"/> CBD-Cannabis (Gras / Hasch / Öl etc.) <input type="checkbox"/> MDMA (Ecstasy / Kristalle) <input type="checkbox"/> Kokain <input type="checkbox"/> Amphetamin (Speed) <input type="checkbox"/> LSD <input type="checkbox"/> Psilos / Pilze / Magic Mushrooms <input type="checkbox"/> Ketamin <input type="checkbox"/> 2C-B <input type="checkbox"/> Lachgas <input type="checkbox"/> Poppers <input type="checkbox"/> GHB/GBL <input type="checkbox"/> Methamphetamin (Crystal, Thaipille) <input type="checkbox"/> Cathinone (Mephedron (4-MMC) / Metaphedron (3-MMC) / Ortomephedrone (2-MMC) / Clophedron (3-CMC) / Clephedron (4-CMC) / Methylon (MDMC) / α -PVP etc.) → Was? <input type="checkbox"/> 2C-X <input type="checkbox"/> Synthetische Cannabinoide <input type="checkbox"/> andere NPS <input type="checkbox"/> Potenzmittel / Aphrodisiaka <input type="checkbox"/> Benzodiazepine (Xanax® (Alprazolam), Rivotril®/Tranxilium® (Clonazepam), Dormicum® (Midazolam), Valium® (Diazepam), Temesta® (Lorazepam), Lexotanil® (Bromazepam), Seresta® (Oxazepam) etc.) → Was? <input type="checkbox"/> Heroin <input type="checkbox"/> Opioidhaltige Medikamente (Oxycodon, Tramadol, Makatussin® (Codein), Tilidin etc.) → Was? <input type="checkbox"/> Andere Opiode (Fentanyl, Nitazenderivate etc.) <input type="checkbox"/> Medikamente zur Behandlung von ADHS (Ritalin®, Concerta® (beide Methylphenidat), Elvanse® etc.) → Was? <input type="checkbox"/> Andere Medikamente (Lyrica® (Pregabalin), Bexin® (Dextromethorphan DXM), Diphenhydramin (DPH), Cipralext® (Escitalopram), etc.) → Was? <input type="checkbox"/> Pflanzliche Drogen (Meskalin, Nachtschattendrogen, Salvia Divinorum, DMT, Opium etc.) → Was? <input type="checkbox"/> Anabolika <input type="checkbox"/> Andere Substanz

Hast du von der/den abgegebenen Substanz(en) schon konsumiert?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Wie hast du vor, die Substanz(en) zu konsumieren?	Rauchen <input type="checkbox"/> Nasal (sniffen) <input type="checkbox"/> Oral (essen, trinken) <input type="checkbox"/> Intravenös <input type="checkbox"/> Intramuskulär <input type="checkbox"/> Inhalieren <input type="checkbox"/> Rektal <input type="checkbox"/> Anderes Was? _____
Konsumierst du diese Substanz(-gruppe) zum ersten Mal?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Wendest du in Bezug auf die abgegebene(n) Substanz(en) Safer Use Regeln an?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Welche?
Vermutest du, dass in der abgegebenen Substanz Streckmittel vorhanden sind?	Ja <input type="checkbox"/> Weiss nicht <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Vermutest du, dass es sich bei der abgegebenen Substanz um eine andere Substanz als deklariert handelt (Falschdeklaration)?	Ja <input type="checkbox"/> Weiss nicht <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bezug (Person, die die Probe abgibt)	Gasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Party/Veranstaltung <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Darknet <input type="checkbox"/> Clearnet Social Media / Messenger Dienste <input type="checkbox"/> Eigenproduktion <input type="checkbox"/> In der Natur gesammelt (z.B. Pilze) <input type="checkbox"/> Gefunden <input type="checkbox"/> Geschenkt <input type="checkbox"/> Anderes <input type="checkbox"/>

Hast du den Fragebogen in diesem Kalenderjahr bereits ausgefüllt?

Nein ¹

Ja ²

¹ Standardfragebogen

² Kurzfragebogen

Kurzfragebogen

Hast du in den letzten 30 Tagen die unten aufgeführten Substanzen konsumiert?	Wie oft?				
	Gar nicht	An 1-2 Tagen	An 3-9 Tagen	An 10-19 Tagen	An mind. 20 Tagen
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabak- / nikotinhaltige Produkte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
THC-Cannabis (Gras / Hasch / Öl etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CBD-Cannabis (Gras / Hasch / Öl etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MDMA (Ecstasy / Kristalle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamin (Speed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psilos / Pilze / Magic Mushrooms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ketamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2C-B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lachgas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poppers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB/GBL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methamphetamin (Crystal, Thaipille)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cathinone (Mephedron (4-MMC) / Metaphedron (3-MMC) / Ortomephedrone (2-MMC) / Clophedron (3-CMC) / Clephedron (4-CMC) / α -PVP etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2C-X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synthetische Cannabinoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere NPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potenzmittel / Aphrodisiaka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benzodiazepine Xanax® (Alprazolam), Rivotril®/Tranxilium® (Clonazepam), Dormicum® (Midazolam), Valium® (Diazepam), Temesta® (Lorazepam), Lexotanil® (Bromazepam), Seresta® (Oxazepam) etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opioidhaltige Medikamente Oxycodon, Tramadol, Makatussin® (Codein), Tilidin etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Opiode Fentanyl, Nitazenderivate etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente zur Behandlung von ADHS Ritalin®, Concerta® (beide Methylphenidat), Elvanse® etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Medikamente Lyrica® (Pregabalin), Bexin® (Dextromethorphan DXM), Diphenhydramin (DPH), Cipralext® (Escitalopram), etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflanzliche Drogen Meskalin, Nachtschattendrogen, Salvia Divinorum, DMT, Opium etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anabolika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Substanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie hat sich dein Konsum in den letzten 30 Tagen verändert?

- Ich habe mehr / riskoreicher konsumiert
- Mein Konsum hat sich nicht / kaum verändert
- Ich habe weniger / weniger risikoreich konsumiert

Was war deine Konsummotivation? (Mehrere Antworten möglich)

- Feiern / Party machen / Spass haben
- Genuss, sich etwas Gutes tun
- Bewusstseinsweiterung / intensivierte Wahrnehmung (z. B. Musik / Farben)
- Aus Neugierde / zum Ausprobieren
- Aus Langeweile / Gewohnheit
- Kreativität anregen
- Spirituelle Erfahrung
- Stressausgleich / -bewältigung
- Wirkung einer anderen psychoaktiven Substanz verstärken / dämpfen
- Leistungssteigerung (z. B. Bekämpfung der Müdigkeit / Steigerung der Konzentration)
- Sexualleben anregen / bereichern
- Appetitminderung / Gewicht konstant halten / Abnehmen
- Freund:innen, die ebenfalls solche Substanzen konsumieren
- Selbstmedikation
- Reflexion
- Craving (Drang nachzulegen)

Kommt es vor, dass du eine Substanz konsumierst, obwohl du dir vorgenommen hast, nicht zu konsumieren?

- Nie
- Manchmal
- Oft

Standardfragebogen

Hast du schon einmal die unten aufgeführten Substanzen konsumiert?

	Jemals in deinem Leben?	In den letzten 12 Monaten?	Wie oft in den letzten 30 Tagen?					In welchem Alter das 1. Mal?
			Gar nicht	An 1-2 Tagen	An 3-9 Tagen	An 10-19 Tagen	An mind. 20 Tagen	
Alkohol	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... Jahre
Tabak- / nikotinhaltige Produkte	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... Jahre
THC-Cannabis (Gras / Hasch / Öl etc.)	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... Jahre
CBD-Cannabis (Gras / Hasch / Öl etc.)	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... Jahre
MDMA (Ecstasy / Kristalle)	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... Jahre
Kokain	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... Jahre
Amphetamin (Speed)	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... Jahre
LSD	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... Jahre
Psilos / Pilze / Magic Mushrooms	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... Jahre
Ketamin	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... Jahre
2C-B	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... Jahre
Lachgas	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... Jahre
Poppers	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... Jahre
GHB/GBL	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... Jahre
Methamphetamin (Crystal, Thaipille)	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... Jahre
Cathinone (Mephedron (4-MMC) / Metaphedron (3-MMC) / Ortomephedrone (2-MMC) / Clophedron (3-CMC) / Clephedron (4-CMC) / Methylon (MDMC) / α -PVP etc.)	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... Jahre

2C-X	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... Jahre
Synthetische Cannabinoide	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... Jahre
Andere NPS	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... Jahre
Potenzmittel / Aphrodisiaka	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... Jahre
Benzodiazepine Xanax® (Alprazolam), Rivotril®/Tranxilium® (Clonazepam), Dormicum® (Midazolam), Valium® (Diazepam), Temesta® (Lorazepam), Lexotanil® (Bromazepam), Seresta® (Oxazepam) etc.	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... Jahre
Heroin	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... Jahre
Opioidhaltige Medikamente Oxycodon, Tramadol, Makatussin® (Codein), Tilidin etc.	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... Jahre
Medikamente zur Behandlung von ADHS Ritalin®, Concerta® (beide Methylphenidat), Elvanse® etc.	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... Jahre
Andere Medikamente Lyrica® (Pregabalin), Bexin® (Dextromethorphan DXM), Diphenhydramin (DPH), Cipralext® (Escitalopram), etc.	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... Jahre
Pflanzliche Drogen Meskalin, Nachtschatten- drogen, Salvia Divinorum, DMT, Opium etc.	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... Jahre
Anabolika	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... Jahre
Andere Substanz	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... Jahre

Mischkonsum

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"/>
	Ja <input type="checkbox"/>
Mischst du gelegentlich Alkohol mit¹:	
- GHB/GBL	<input type="checkbox"/>
- Heroin	<input type="checkbox"/>
- Benzodiazepinen	<input type="checkbox"/>
- Opioidhaltigen Medikamenten	<input type="checkbox"/>
- anderen (sedierenden) Medikamenten	<input type="checkbox"/>

Sexualisierter Substanzkonsum

Hast du schon mal vor oder während dem Sex Substanzen konsumiert?	Nein <input type="checkbox"/>
	Ja <input type="checkbox"/> Substanz(en)
Aus welchem Grund?	Um mein Sexualleben zu bereichern (um länger durchzuhalten, um den Sex zu intensivieren etc.) <input type="checkbox"/>
	Besuch von Sex-positiven-, ChemSex- oder Fetisch-Partys <input type="checkbox"/>
	Weil es mir sonst schwerfällt, sexuell zu interagieren (Sex ohne Substanzen ist schwierig/unmöglich) <input type="checkbox"/>
	Um mir bestimmte Sexpraktiken zu ermöglichen (Analsex, Gruppensex, etc.) <input type="checkbox"/>
	Spontan / ungeplant / hat sich so ergeben <input type="checkbox"/>

Hattest du schon einmal eines der folgenden Erlebnisse / Ereignisse nach dem Konsum von psychoaktiven Substanzen erlebt? (Mehrere Antworten möglich)	
<i>Psychische Auswirkungen</i>	
Bad Trip erlebt (psychische Überforderung)	<input type="checkbox"/>
Stimmungstief / Down / Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/>
Angst- oder Panikattacke	<input type="checkbox"/>
Schlafprobleme	<input type="checkbox"/>
Psychotische Zustände (Gefühl bedroht zu werden / Verfolgungswahn / Wahnvorstellungen / Paranoia)	<input type="checkbox"/>
<i>Körperliche Auswirkungen</i>	
Bewusstsein verloren	<input type="checkbox"/>
Überdosierung (inkl. Alkohol)	<input type="checkbox"/>
Herzrasen	<input type="checkbox"/>
Epileptischer Anfall	<input type="checkbox"/>
Andere Erkrankungen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Leber-/Nierenprobleme, etc.)	<input type="checkbox"/>
<i>Soziale Auswirkungen</i>	
Sorgen mit der Familie / Partner:in	<input type="checkbox"/>
Sorgen mit meinen Freund:innen	<input type="checkbox"/>

¹ Diese Substanzen tauchen nur auf, wenn mindestens eine davon in den letzten 12 Monaten konsumiert wurde.

Sorgen in der Schule / Arbeit	<input type="checkbox"/>
Probleme mit der Polizei (Polizeikontrolle, Busse, Führerausweisentzug), Strafverfahren	<input type="checkbox"/>
Geldprobleme / Schulden	<input type="checkbox"/>
Risikoverhalten	
Safer Sex Regeln nicht eingehalten	<input type="checkbox"/>
Teilnahme am Strassenverkehr unter dem Einfluss von psychoaktiven Substanzen oder Alkohol (alle Fahrzeuge, für die ein Ausweis nötig ist: Auto, Motorrad, Mofa, E-Bike (über 25 km/h) etc.)	<input type="checkbox"/>

Würdest du sagen, dass du von einer der konsumierten Substanzen abhängig bist oder warst?	
Substanzabhängigkeit: in der Vergangenheit	<input type="checkbox"/>
Von welcher/n Substanz/en: _____	
aktuell	<input type="checkbox"/>
Von welcher/n Substanz/en: _____	

Wie zufrieden bist du mit deinem Konsum oder deinem Konsumverhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	«zufrieden» «eher zufrieden» «eher unzufrieden» «unzufrieden»			
Hast du schon mal versucht, etwas an deinem Konsum zu verändern?	Nein <input type="checkbox"/>	In Bezug auf welche Substanz(en)?		
	Ja <input type="checkbox"/>	_____		
		Wie?		
		allein	<input type="checkbox"/>	
		mit Freund:innen / Familie	<input type="checkbox"/>	
		mit professioneller Hilfe	<input type="checkbox"/>	
Möchtest du an deinem Konsum etwas ändern?	Nein <input type="checkbox"/>	In Bezug auf welche Substanz(en)?		
	Ja <input type="checkbox"/>	_____		
		Wie?		
		allein	<input type="checkbox"/>	
		mit Freund:innen / Familie	<input type="checkbox"/>	
		mit professioneller Hilfe	<input type="checkbox"/>	
Hast du aufgrund deines Konsums schon einmal eine professionelle Beratung oder Behandlung in Anspruch genommen? (mehrere Antworten möglich)	Nein <input type="checkbox"/>	Welche?		
	Ja <input type="checkbox"/>	Notfallaufnahme	<input type="checkbox"/>	
		Ambulante medizinische Behandlung	<input type="checkbox"/>	
		Stationäre medizinische Behandlung	<input type="checkbox"/>	
		Psychiater:in oder Psycholog:in	<input type="checkbox"/>	
		ambulante Sozial- und/		
		oder Suchtberatung	<input type="checkbox"/>	

Fragebogen für mobile Einsätze

Mit wie vielen Personen teilst du die Substanz?	Anzahl _____ // mit niemandem <input type="checkbox"/>
Welche Substanz(en) hast du heute schon konsumiert?	<input type="checkbox"/> THC-Cannabis (Gras / Hasch / Öl etc.) <input type="checkbox"/> CBD-Cannabis (Gras / Hasch / Öl etc.) <input type="checkbox"/> MDMA (Ecstasy / Kristalle) <input type="checkbox"/> Kokain <input type="checkbox"/> Amphetamin (Speed) <input type="checkbox"/> LSD <input type="checkbox"/> Psilos / Pilze / Magic Mushrooms <input type="checkbox"/> Ketamin <input type="checkbox"/> 2C-B <input type="checkbox"/> Lachgas <input type="checkbox"/> Poppers <input type="checkbox"/> GHB/GBL <input type="checkbox"/> Methamphetamin (Crystal, Thaipille) <input type="checkbox"/> Cathinone (Mephedron (4-MMC) / Metaphedron (3-MMC) / Ortomephedrone (2-MMC) / Clophedron (3-CMC) / Clephedron (4-CMC) / Methylon (MDMC) / α -PVP etc.) → Was? <input type="checkbox"/> 2C-X <input type="checkbox"/> Synthetische Cannabinoide <input type="checkbox"/> andere NPS <input type="checkbox"/> Potenzmittel / Aphrodisiaka <input type="checkbox"/> Benzodiazepine (Xanax® (Alprazolam), Rivotril®/Tranxilium® (Clonazepam), Dormicum® (Midazolam), Valium® (Diazepam), Temesta® (Lorazepam), Lexotanil® (Bromazepam), Seresta® (Oxazepam) etc.) → Was? <input type="checkbox"/> Heroin <input type="checkbox"/> Opioidhaltige Medikamente (Oxycodon, Tramadol, Makatussin® (Codein), Tilidin etc.) → Was? <input type="checkbox"/> Andere Opiode (Fentanyl, Nitazenderivate etc.) <input type="checkbox"/> Medikamente zur Behandlung von ADHS (Ritalin®, Concerta® (beide Methylphenidat), Elvanse® etc.) → Was? <input type="checkbox"/> Andere Medikamente (Lyrica® (Pregabalin), Bexin® (Dextromethorphan DXM), Diphenhydramin (DPH), CipraleX® (Escitalopram), etc.) → Was? <input type="checkbox"/> Pflanzliche Drogen (Meskalin, Nachtschattendrogen, Salvia Divinorum, DMT, Opium etc.) → Was? <input type="checkbox"/> Anabolika <input type="checkbox"/> Unbekannte Substanz <input type="checkbox"/> Andere Substanz <input type="checkbox"/> Keine

Welche Substanz(en) möchtest du heute noch konsumieren?

- THC-Cannabis (Gras / Hasch / Öl etc.)
- CBD-Cannabis (Gras / Hasch / Öl etc.)
- MDMA (Ecstasy / Kristalle)
- Kokain
- Amphetamin (Speed)
- LSD
- Psilos / Pilze / Magic Mushrooms
- Ketamin
- 2C-B
- Lachgas
- Poppers
- GHB/GBL
- Methamphetamin (Crystal, Thaipille)
- Cathinone (Mephedron (4-MMC) / Metaphedron (3-MMC) / Ortomephedrone (2-MMC) / Clophedron (3-CMC) / Clephedron (4-CMC) / Methylon (MDMC) / α -PVP etc.) → **Was?**
- 2C-X
- Synthetische Cannabinoide
- andere NPS
- Potenzmittel / Aphrodisiaka
- Benzodiazepine (Xanax® (Alprazolam), Rivotril®/Tranxilium® (Clonazepam), Dormicum® (Midazolam), Valium® (Diazepam), Temesta® (Lorazepam), Lexotanil® (Bromazepam), Seresta® (Oxazepam) etc.) → **Was?**
- Heroin
- Opioidhaltige Medikamente (Oxycodon, Tramadol, Makatussin® (Codein), Tilidin etc.) → **Was?**
- Andere Opiode (Fentanyl, Nitazenderivate etc.)
- Medikamente zur Behandlung von ADHS (Ritalin®, Concerta® (beide Methylphenidat), Elvanse® etc.) → **Was?**
- Andere Medikamente (Lyrica® (Pregabalin), Bexin® (Dextromethorphan DXM), Diphenhydramin (DPH), Cipralext® (Escitalopram), etc.) → **Was?**
- Pflanzliche Drogen (Meskalin, Nachtschattendrogen, Salvia Divinorum, DMT, Opium etc.) → **Was?**
- Anabolika
- Unbekannte Substanz
- Andere Substanz
- Keine

Was ist deine Motivation? (Mehrere Antworten möglich)

- Feiern / Party machen / Spass haben
- Genuss, sich etwas Gutes tun
- Bewusstseinsweiterung / intensivierte Wahrnehmung (z. B. Musik / Farben)
- Aus Neugierde / zum Ausprobieren
- Aus Langeweile / Gewohnheit
- Kreativität anregen
- Spirituelle Erfahrung
- Stressausgleich / -bewältigung
- Wirkung einer anderen psychoaktiven Substanz verstärken / dämpfen
- Leistungssteigerung (z. B. Bekämpfung der Müdigkeit / Steigerung der Konzentration)
- Sexualleben anregen / bereichern
- Appetitminderung / Gewicht konstant halten / Abnehmen
- Freund:innen, die ebenfalls solche Substanzen konsumieren
- Selbstmedikation
- Reflexion
- Craving (Drang nachzulegen)

Hast du in den letzten 30 Tagen die unten aufgeführten Substanzen konsumiert?	Wie oft?				
	Gar nicht	An 1-2 Tagen	An 3-9 Tagen	An 10-19 Tagen	An mind. 20 Tagen
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabak- / nikotinhaltige Produkte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
THC-Cannabis (Gras / Hasch / Öl etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CBD-Cannabis (Gras / Hasch / Öl etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MDMA (Ecstasy / Kristalle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamin (Speed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psilos / Pilze / Magic Mushrooms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ketamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2C-B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lachgas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poppers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB/GBL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methamphetamin (Crystal, Thaipille)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cathinone (Mephedron (4-MMC) / Metaphedron (3-MMC) / Ortomephedrone (2-MMC) / Clophedron (3-CMC) / Clephedron (4-CMC) / Methylon (MDMC) / α -PVP etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2C-X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Synthetische Cannabinoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere NPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potenzmittel / Aphrodisiaka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benzodiazepine Xanax® (Alprazolam), Rivotril®/Tranxilium® (Clonazepam), Dormicum® (Midazolam), Valium® (Diazepam), Temesta® (Lorazepam), Lexotanil® (Bromazepam), Seresta® (Oxazepam) etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opioidhaltige Medikamente Oxycodon, Tramadol, Makatussin® (Codein), Tilidin etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente zur Behandlung von ADHS Ritalin®, Concerta® (beide Methylphenidat), Elvanse® etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Medikamente Lyrica® (Pregabalin), Bexin® (Dextromethorphan DXM), Diphenhydramin (DPH), Cipralex® (Escitalopram), etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflanzliche Drogen (Meskalin, Nachtschattendrogen, Salvia Divinorum, DMT, Opium etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anabolika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Substanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wendest du Safer Use Regeln an und/oder setzt du dir eigene Konsumregeln?	Nein	<input type="checkbox"/>
	Ja	<input type="checkbox"/>
	Weiss nicht	<input type="checkbox"/>
Kommt es vor, dass du eine Substanz konsumierst, obwohl du dir vorgenommen hast, nicht zu konsumieren?	Nie	<input type="checkbox"/>
	Manchmal	<input type="checkbox"/>
	Oft	<input type="checkbox"/>
Bist du aktuell mit deinem Konsum zufrieden?	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nein	<input type="checkbox"/>

Zusatzmodul für Minderjährige

<p>Wie informierst du dich über Substanzen? (mehrere Antworten möglich)</p>	<p>Internet (Web / Social Media etc.) <input type="checkbox"/></p> <p>Print (Broschüren, Sachbücher, Magazine etc.)</p> <p>Gespräche mit Freund:innen / anderen Konsumierenden <input type="checkbox"/></p> <p>Ich informiere mich nicht <input type="checkbox"/></p> <p>Anderes: _____</p>
<p>Mit wem kannst du über deinen Konsum / über Substanzen reden? (mehrere Antworten möglich)</p>	<p>Mit Freund:innen / Bekannten <input type="checkbox"/></p> <p>Mit Familienmitgliedern (Eltern, Bruder, Schwester, Onkel, Tante, Grosseltern...)</p> <p>Anderes <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Mit wem: _____</p> <p>Mit niemandem <input type="checkbox"/></p>
<p>Wie oft konsumierst du allein?</p>	<p>Nie <input type="checkbox"/></p> <p>Manchmal <input type="checkbox"/></p> <p>Meistens <input type="checkbox"/></p> <p>Immer <input type="checkbox"/></p>
<p>Setzt du dir eigene Grenzen oder Konsumregeln?</p>	<p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Wie / welche?</p> <p>Nicht allein konsumieren <input type="checkbox"/></p> <p>Bestimmte Lebensbereiche (z.B. Schule, Arbeit) konsumfrei halten <input type="checkbox"/></p> <p>Kaufverhalten (Menge, Frequenz) <input type="checkbox"/></p> <p>Kein Konsum bei schlechter psychischer oder physischer Verfassung <input type="checkbox"/></p> <p>Beschränkung bzgl. Häufigkeit / Menge <input type="checkbox"/></p> <p>Anderes: _____</p>