

Kurzfragebogen für Medikamentengebrauch

Prüfen Sie bei jeder Aussage, ob dieses auf Sie zutrifft oder nicht und kreuzen Sie dann das entsprechende Kästchen an. Bitte beantworten Sie alle **11 AUSSAGEN**, lassen Sie keine davon aus.

	TRIFFT ZU	TRIFFT NICHT ZU
1 Ohne Medikamente kann ich schlechter einschlafen.	☐	☐
2 Ich habe mir sicherheitshalber schon einmal einen kleinen Tablettenvorrat angelegt.	☐	☐
3 Zeitweilig möchte ich mich von allem zurückziehen.	☐	☐
4 Es gibt Situationen, die schaffe ich ohne Medikamente nicht.	☐	☐
5 Andere glauben dass ich Probleme mit Medikamenten habe.	☐	☐
6 Die Wirkung meiner Medikamente ist nicht mehr so wie am Anfang.	☐	☐
7 Weil ich Schmerzen habe, nehme ich Medikamente.	☐	☐
8 In Zeiten erhöhter Medikamenteneinnahmen habe ich weniger gegessen.	☐	☐
9 Ich fühle mich ohne Medikamente nicht wohl.	☐	☐
10 Manchmal war ich selbst erstaunt, wie viele Tabletten ich an einem Tag eingenommen habe.	☐	☐
11 Mit Medikamenten fühle ich mich oft leistungsfähiger.	☐	☐

Wenn bei Ihnen vier oder mehr Aussagen zutreffen, sollten Sie erwägen, mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt oder Ihrer Apothekerin / Ihrem Apotheker über das Thema Medikamente zu sprechen.