

Prüfen Sie bei jeder Aussage, ob diese auf Sie zutrifft oder nicht, und kreuzen Sie dann das entsprechende Kästchen an. Bitte beantworten Sie alle elf Aussagen, lassen Sie keine davon aus.

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

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.