

## Ihr Medikamentenkonsument

Überprüfen Sie mit Hilfe der nachfolgenden Checkliste Ihren Medikamentenverbrauch

**1**

Nehmen Sie ein Medikament häufig in grösseren Mengen oder über einen längeren Zeitraum als ursprünglich beabsichtigt ein?

\_\_\_ Ja  
\_\_\_ Nein

**2**

Haben Sie immer mal wieder den Wunsch, weniger Medikamente einzunehmen, oder haben Sie dies schon erfolglos versucht?

\_\_\_ Ja  
\_\_\_ Nein

**3**

Haben Sie beim Absetzen eines bestimmten Medikamentes oder bei Verminderung der Dosis schon körperliche Beschwerden oder ein Unwohlgefühl gehabt, oder nehmen Sie das gleiche oder ein vergleichbares Medikament ein, um dies zu vermeiden?

\_\_\_ Ja  
\_\_\_ Nein

**4**

Brauchen Sie zunehmend höhere Dosen, um die gewünschte Wirkung zu erzielen, oder hat sich bei längerer Einnahme der gleichen Dosis die Medikamentenwirkung deutlich abgeschwächt?

\_\_\_ Ja  
\_\_\_ Nein

**5**

Gefährden Sie durch Ihren Medikamentenkonsument und seine Folgen z.B. Ihre Arbeit oder das Verhältnis zu Ihnen nahestehenden Personen, Arbeitskollegen oder Nachbarn?

\_\_\_ Ja  
\_\_\_ Nein

**6**

Benötigen Sie einen grossen Zeitaufwand, um das Medikament zu beschaffen, es einzunehmen oder sich von den Folgen der Einnahme zu erholen?

\_\_\_ Ja  
\_\_\_ Nein

**7**

Nehmen Sie ein bestimmtes Medikament trotzdem ein, obwohl Sie wissen, dass die Einnahme schädliche Folgen für Sie hat?

\_\_\_ Ja  
\_\_\_ Nein

Wenn im Verlaufe der letzten zwölf Monate drei der genannten sieben Situationen bei Ihnen aufgetreten sind, so besteht die Gefahr einer Medikamentenabhängigkeit. Sie sollten sich mit einem Arzt oder einer Fachperson darüber unterhalten.