

1 Fragebogen zum Rauschmittelkonsum für Jugendliche der 10. Klasse

Bitte das für dich **Zutreffende** ankreuzen!

1. Schulform:	<input type="checkbox"/> Hauptschule	<input type="checkbox"/> Realschule	<input type="checkbox"/> IGS
	<input type="checkbox"/> BBS	<input type="checkbox"/> Gymnasium	
2. Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	
3. Wie alt bist du? Jahre		

4. Wie oft (wenn überhaupt) hast du in deinem Leben Zigaretten geraucht?

nie	1-2 mal	3-5 mal	6-9 mal	10-19 mal	20-39 mal	40 mal oder mehr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Wird bei dir zu Hause geraucht?

nein ja, in der Wohnung ja, außerhalb der Wohnung

6. Mit wie viel Jahren (wenn überhaupt) hast du Folgendes zum ersten Mal getan?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

	nie	mit 9 oder jünger	mit 10	mit 11	mit 12	mit 13	mit 14	mit 15	mit 16 oder älter
6.1 Deine <u>erste</u> Zigarette geraucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 <u>Täglich</u> Zigaretten geraucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 Shisha/ Wasserpfeife geraucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4 Alkohol getrunken (mehr als nur einen Schluck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5 Betrunken gewesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Warst Du schon mal in einer Shisha-Bar?

Nein Ja

8. Wie oft trinkst du derzeit alkoholische Getränke wie Bier, Wein oder Schnaps? (Denke dabei auch an die Gelegenheiten, bei denen du nur kleine Mengen getrunken hast.)

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

	nie	seltener als einmal pro Monat	jeden Monat	1x pro Woche	mehrmals pro Woche
8.1 Bier/ Biermixgetränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 Wein oder Sekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3 Hochprozentiges oder Likör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5 Hochprozentige Mixgetränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Wie oft trinkst du 5 oder mehr alkoholische Getränke an einem Abend oder Nachmittag?

- nie weniger als monatlich monatlich 1x pro Woche mehrmals in der Woche

10. Hast du jemals Cannabis (auch bekannt als Gras, Weed, Hanf, Marihuana, Haschisch) konsumiert?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

	nie	1-2 mal	3-5 mal	6-9 mal	10-19 mal	20-39 mal	40 mal und mehr
10.1 in deinem ganzen Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2 während der letzten 12 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.3 während der letzten 30 Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. In welchem Alter (wenn überhaupt) hast du Cannabis zum ersten Mal probiert?

- nie mit 9 oder jünger mit 10 Jahren mit 11 Jahren mit 12 Jahren mit 13 Jahren mit 14 Jahren mit 15 Jahren mit 16 oder älter
-

12. Wie schwierig wäre es deiner Meinung nach für dich, an Cannabis heranzukommen?

- unmöglich sehr schwierig ziemlich schwierig ziemlich leicht sehr leicht weiß nicht
-

13. Wenn du schon mal Cannabis konsumiert hast, wie oft ist dir in den letzten 12 Monaten Folgendes passiert?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

	nie	selten	von Zeit zu Zeit	ziemlich oft	sehr oft
13.1 Hast du Cannabis in der Schule geraucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.2 Hast du Cannabis geraucht als du allein warst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.3 Hattest du Gedächtnisprobleme, als du Cannabis geraucht hast?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.4 Haben Freunde oder Mitglieder deiner Familie dir geraten, deinen Cannabiskonsum zu reduzieren oder aufzuhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.5 Hast du erfolglos versucht deinen Cannabiskonsum zu reduzieren oder damit aufzuhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.6 Hattest du Probleme wegen deines Cannabiskonsums, wie z.B. Unfall, schlechte Schulleistungen, Streit mit den Eltern etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Wird in Deinem Freundeskreis gekifft (Cannabis konsumiert)?

- Nein Ja

15. Hast du schon mal andere illegale Drogen konsumiert?

- Nein Ja Wenn „Ja“, welche? _____

16. Hattest du schon mal unangenehme Folgen wegen deines Alkohol- oder Cannabiskonsums?
(mehrere Antworten sind möglich)

- | | | | |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Nein, noch nie | <input type="checkbox"/> | Kater |
| <input type="checkbox"/> | Sachen verloren | <input type="checkbox"/> | Peinlichkeiten |
| <input type="checkbox"/> | schlechte Schulleistungen | <input type="checkbox"/> | schlechte Fitness |
| <input type="checkbox"/> | Stress zuhause | <input type="checkbox"/> | Schlägerei |
| <input type="checkbox"/> | Filmriss | <input type="checkbox"/> | Cybermobbing |
| <input type="checkbox"/> | Sex, den man bereut | <input type="checkbox"/> | Hausverbot |
| <input type="checkbox"/> | Krankenhaus | <input type="checkbox"/> | Konflikte mit der Polizei |
| <input type="checkbox"/> | selbst Opfer/ Geschädigter | <input type="checkbox"/> | Andere ----- |

17. Welche Gründe sprechen deiner Meinung nach gegen und für den Konsum folgender Drogen?

Gründe:	gegen....	für...
Nikotin:		
Alkohol:		
Cannabis:		

18. Hast du schon mal Rauschmittel über das Internet bestellt?

- Nein Ja

19. Würdest du Dir mehr Informationen zu Rauschmitteln im Unterricht wünschen?

- eher Ja eher Nein

20. Treibst du regelmäßig außerhalb der Schule Sport? (jede Woche, z.B. Fitness, Laufen, Fahrradfahren, Sportverein)

- ja nein

21. Was machst Du gern und oft in deiner Freizeit?

22. Welche Rolle spielen Rauschmittel in deinem Leben?

Bitte auf der Skala 0-10 ankreuzen

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
 Keine Rolle Eine sehr große Rolle

23. Wie zufrieden bist du mit deinem jetzigen Leben?

zufrieden eher zufrieden eher unzufrieden unzufrieden

24. Welche Sprache wird hauptsächlich in deiner Familie gesprochen?

deutsch russisch türkisch polnisch andere.....

25. In welchem Land sind deine Eltern geboren?

25.1 Deine Mutter? Deutschland anderes Land weiß nicht

25.2 Dein Vater? Deutschland anderes Land weiß nicht

26. An wie vielen Schultagen (wenn überhaupt) hast du in den letzten 30 Tagen ganz, eine oder mehrere Stunden gefehlt?

Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

Ich habe ganz, eine oder mehrere Stunden gefehlt...	an keinem Tag	an 1 Tag	an 2 Tagen	an 3-4 Tagen	an 5-6 Tagen	an 7 Tagen oder mehr
--	---------------	----------	------------	--------------	--------------	----------------------

26.1 wegen Krankheit

26.2 wegen „Schwänzen“

26.3 aus anderen Gründen

27. Welche Note entspricht am ehesten deiner Durchschnittsnote am Ende des letzten Schuljahres? (Bitte abrunden und genau ein Kästchen ankreuzen)

Sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Was du noch sagen möchtest ...

Vielen Dank für deine Mitarbeit!