

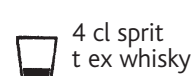
NAMN:

PERS-NR:

SIGNATUR: DATUM:

AUDIT

Här är ett antal frågor om dina alkoholvanor. Vi är tacksamma om du svarar så noggrant och ärligt som möjligt genom att markera det alternativ som gäller för dig. **Man** **Kvinna** **Ålder**

Med ett "glas" menas:


FRÅGOR	Poäng					Dina poäng
	0	1	2	3	4	
Hur ofta dricker du alkohol?	Aldrig	1 gång/mån eller mer sällan	2-4 ggr /mån	2-3 ggr /vecka	4 ggr/vecka eller mer	
Hur många "glas" (se exempel) dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?	1-2	3-4	5-6	7-9	10 eller fler	
Hur ofta dricker du sex sådana "glas" eller mer vid samma tillfälle?	Aldrig	Mer sällan än 1 gång/mån	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag	
Hur ofta under det senaste året har du inte kunnat sluta dricka sedan du börjat?	Aldrig	Mer sällan än 1 gång/mån	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag	
Hur ofta under det senaste året har du låt bli att göra något som du borde för att du drack?	Aldrig	Mer sällan än 1 gång/mån	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag	
Hur ofta under senaste året har du behövt en "drink" på morgonen efter mycket drickande dagens innan?	Aldrig	Mer sällan än 1 gång/mån	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag	
Hur ofta under det senaste året har du haft skuld känslor eller samvetsförebåelser på grund av ditt drickande?	Aldrig	Mer sällan än 1 gång/mån	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag	
Hur ofta under senaste året har du druckit så att du dagen efter inte kommit ihåg vad du sagt eller gjort?	Aldrig	Mer sällan än 1 gång/mån	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag	
Har du eller någon annan blivit skadad på grund av ditt drickande?	Nej		Ja, men ej under sista året		Ja, under det senaste året	
Har en släkting eller vän, en läkare (eller någon annan inom sjukvården) oroat sig över ditt drickande eller antytt att du borde minska ned på det?	Nej		Ja, men ej under sista året		Ja, under det senaste året	

Har du besvarat alla frågor? Tack för din medverkan!