

Betroffenen-Checkliste zum pathologischen Glücksspiel

Sind Sie gefährdet, süchtig Glücksspiele zu spielen?

	ja	nein
1. Verspüren Sie oft ein unwiderstehliches Verlangen, Glücksspiele zu spielen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Setzen Sie im Vergleich zu früher gegenwärtig mehr Geld/Zeit für Glücksspiele ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Müssen Sie manchmal mehr und häufiger Glücksspiele spielen, obwohl Sie es ursprünglich gar nicht so vorhatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haben Sie Geldsorgen wegen Ihrer Spielausgaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben Sie schon einmal versucht, mit dem Glücksspielen aufzuhören und es nicht geschafft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kreisen Ihre Gedanken häufig um Zahlenkombinationen und die möglichen Gewinne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Glauben Sie, dass Sie das Spielsystem "knacken" können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wenn Sie an das Glücksspielen denken, verspüren Sie körperliche Symptome wie z. B. Herzrasen, feuchte Hände, inneres Kribbeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wenn Sie nicht Glücksspielen können, fühlen Sie sich dann unruhig, gereizt oder verspüren unangenehme körperliche Symptome?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Versuchen Sie, Ihre Spielleidenschaft zu verheimlichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vernachlässigen Sie wegen des Glücksspielens bestimmte Verpflichtungen (Beruf, Hobby, Beziehungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Haben Sie familiäre Probleme wegen Ihres häufigen Spielens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Haben Sie schon des öfteren Termine/Verabredungen wegen des Spielens versäumt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Spielen Sie vor allem auch dann Glücksspiele, wenn Sie Langeweile, Stress haben oder in einer traurigen Stimmung sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Leiden Sie unter Ihrem Glücksspielverhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie jemals das Gefühl, dass Sie mehr und mehr Geld einsetzen müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie jemals für Sie wichtige Personen über den Umfang Ihres Glücksspielens belogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Bitte von einem Mitarbeiter der Spielbank ausfüllen lassen.

Der Betroffene verweigerte das Ausfüllen der Checkliste.

.....
Name, Vorname des Betroffenen

.....
Name, Vorname des Mitarbeiters

.....
Ort, Datum