

Fragebogen zur Anwendung von Cannabis in der Medizin

Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Person enthalten, werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Jahrgang:

Geschlecht: weiblich männlich

Letzter Ausbildungsabschluss:

- keine Lehre / kein Ausbildungsabschluss
- Lehrabschluss
- (Berufs-) Maturität
- Abschluss einer höheren Fachschule / Fachhochschule
- Akademischer Abschluss

1. a) Setzen Sie aktuell Cannabis zu therapeutischen Zwecken ein?

- Ja Nein

b) Wenn „Nein“, Gründe:

c) Wie lange setzen / setzten Sie Cannabis zu therapeutischen Zwecken ein (Dauer der Behandlung)?

Jahre Monate

2. Bei welchen diagnostizierten Krankheiten setzen / setzten Sie Cannabis zu therapeutischen Zwecken ein? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen/ Migräne |
| <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> ADS |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Glaukom |
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Arthritis |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Morbus Crohn |
| <input type="checkbox"/> Neuropathie | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Tourette Syndrom | <input type="checkbox"/> Querschnittlähmung |
| | <input type="checkbox"/> Abhängigkeitserkrankung |

Wenn ja, welche:

Weitere Krankheiten:

3. Seit wie vielen Jahren leiden Sie an diesen Krankheiten?

Anzahl Jahre	Krankheiten
<input type="text"/>	Multiple Sklerose
<input type="text"/>	HIV
<input type="text"/>	Hepatitis
<input type="text"/>	Arthrose
<input type="text"/>	Osteoporose
<input type="text"/>	Epilepsie
<input type="text"/>	Krebs
<input type="text"/>	Neuropathie
<input type="text"/>	Tourette Syndrom
<input type="text"/>	Kopfschmerzen/ Migräne
<input type="text"/>	ADS

Anzahl Jahre	Krankheiten
<input type="text"/>	Arthritis
<input type="text"/>	Asthma
<input type="text"/>	Morbus Crohn
<input type="text"/>	Depression
<input type="text"/>	Querschnittlähmung
<input type="text"/>	Abhängigkeitserkrankung
Weitere Krankheiten:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Die Krankheitssymptome und bestimmte Lebensbereiche haben sich mit Cannabis...: (nur zutreffende Symptome ankreuzen)

Symptome (nur zutreffende Symptome ankreuzen)	verschlechtertsehr	verschlechtert	verbessert	verbessertsehr	verändertnicht
Schmerzen	<input type="checkbox"/>				
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>				
Übelkeit / Erbrechen	<input type="checkbox"/>				
Spastik	<input type="checkbox"/>				
Verspannungen	<input type="checkbox"/>				
Nervosität	<input type="checkbox"/>				
Depressionen	<input type="checkbox"/>				
Erhöhter Augeninnendruck	<input type="checkbox"/>				
Müdigkeit / Erschöpfung	<input type="checkbox"/>				
Beweglichkeit	<input type="checkbox"/>				
Angstzustände	<input type="checkbox"/>				
Darmblutungen	<input type="checkbox"/>				
Durchfall	<input type="checkbox"/>				
Verstopfung	<input type="checkbox"/>				
Verdauungsstörungen	<input type="checkbox"/>				
Fieber	<input type="checkbox"/>				
Hautjucken	<input type="checkbox"/>				
Entzug (von Opiaten,Alkohol,Medikamenten,Zigaretten)	<input type="checkbox"/>				
Esssucht	<input type="checkbox"/>				
Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>				
Bewegungsstörungen	<input type="checkbox"/>				
Atemnot	<input type="checkbox"/>				
Husten	<input type="checkbox"/>				
Schlafstörung	<input type="checkbox"/>				
Körperwahrnehmung / Körperempfinden	<input type="checkbox"/>				
Andere:					
<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"/>	<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"/> <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"/> <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"/> <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"/>				
<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"/>	<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"/> <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"/> <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"/> <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"/>				
<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"/>	<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"/> <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"/> <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"/> <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"/>				
<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"/>	<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"/> <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"/> <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"/> <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"/>				
<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"/>	<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"/> <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"/> <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"/> <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"/>				
<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"/>	<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"/> <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"/> <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"/> <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"/>				
<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"/>	<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"/> <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"/> <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"/> <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"/>				
<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"/>	<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"/> <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"/> <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"/> <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"/>				
<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"/>	<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"/> <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"/> <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"/> <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"/>				
<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"/>	<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"/> <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"/> <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"/> <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"/>				
<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"/>	<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"/> <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"/> <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"/> <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"/>				
<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"/>	<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"/> <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"/> <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"/> <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"/>				
<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"/>	<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"/> <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"/> <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"/> <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"/>				
<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"/>	<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"/> <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"/> <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"/> <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"/>				
<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"/>	<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"/> <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"/> <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"/> <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"/>				
<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"/>	<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"/> <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"/> <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

6. a) Haben Sie selbst auf Grund Ihrer Cannabiseinnahme positive oder negative Veränderungen in Ihrer Persönlichkeit festgestellt?

 Ja

 Nein

Wenn ja, welche	Positiv	Negativ
□□□□□	<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"/>	<input type="checkbox"/>

- b) Hat Ihre Umgebung auf Grund ihrer Cannabiseinnahme positive oder negative Veränderungen in Ihrer Persönlichkeit festgestellt?

 Ja

 Nein

Wenn ja, welche	Positiv	Negativ
□□□□□	<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"/>	<input type="checkbox"/>

7. Sind durch die therapeutische Verwendung von Cannabis unerwünschte Nebenwirkungen aufgetreten?

 Ja

 Nein

Wenn ja, welche
□□□□□
□□□□□
□□□□□
□□□□□
□□□□□

8. Nehmen Sie neben Cannabis noch andere Medikamente gegen Ihre chronischen Krankheiten?

 Ja

 Nein

- a) Wenn „Ja“ hat sich deren Dosierung durch Einnahme von Cannabis verringert?

 Ja

 Nein

Wenn ja, welche
□□□□□
□□□□□
□□□□□

- b) Wenn „Nein“, hat Ihnen Cannabis geholfen, gänzlich auf andere Medikamente zu verzichten?

 Ja

 Nein

Wenn ja, welche
□□□□□
□□□□□
□□□□□

9. Nehmen/nahmen Sie unter anderem Cannabis weil:

- Ihnen mit den üblichen Medikamenten nicht genügend geholfen werden konnte?
 Sie wegen der Nebenwirkungen chemische Medikamente schlecht vertragen?
 Andere Gründe:

□□□□□

□□□□□

□□□□□

10. Machen Sie noch andere Therapien bezogen auf Ihre Erkrankung?

- Ja Nein

Wenn ja, welche
□□□□□
□□□□□
□□□□□
□□□□□
□□□□□

11. Was für Cannabisprodukte verwenden Sie?

- Natürliche Produkte: Harz (Haschisch), Hanfblüten (Marihuana), Cannabistinktur usw.
 Synthetische Cannabisprodukte: Dronabinol, Marinol usw.

12. Wie oft verwenden Sie Cannabisprodukte? (nur Zutreffendes ausfüllen)

- täglich mehrmals wöchentlich
 mehrmals täglich mehrmals monatlich
 wöchentlich nur bei Bedarf

13. Mussten Sie die Dosis von Cannabis über die Zeit stetig erhöhen, um den gewollten Effekt zu erreichen?

- Ja Nein (die Dosis hat sich nach einer gewissen Zeit eingependelt)

14. Wie verwenden Sie Cannabisprodukte? (Mehrfachnennungen möglich)

- Essen/Trinken Inhalation (Vaporizer o.ä.)
 Rauchen mit Tabak Äusserliche Anwendung
 Rauchen Cannabis pur

15. Haben Sie die Therapie mit Cannabisprodukten auch schon für eine gewisse Zeit unterbrochen?

- Ja Nein

a) Wenn „Ja“, wie hat sich dies auf die Symptome Ihrer Krankheit ausgewirkt?

- Sie blieben unverändert
 Sie traten erst nach einer bestimmten Zeit wieder auf
 Sie traten sofort wieder auf

b) Sind Entzugssymptome aufgetreten?

Wenn ja welche	Wie lange
□□□□□	□□□□□
□□□□□	□□□□□
□□□□□	□□□□□
□□□□□	□□□□□

Kontaktadresse (sofern Sie anonym bleiben möchten, können Sie diese Zeilen leer lassen):

Name:

Vorname:

Adresse:

Land/PLZ/Ort:

Telefon:

Email:

Senden an:

Noëmi Lienhard
Thunstrasse 24
CH – 3005 Bern
noemilienhard@bluewin.ch
Tel.: +41 31 352 88 34