

## Testen Sie Ihr Glücksspielverhalten

Frage	Antwort
1. Müssen Sie manchmal mehr und häufiger Glücksspiele spielen, obwohl Sie es ursprünglich gar nicht so vorhatten?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
2. Setzen Sie im Vergleich zu früher gegenwärtig mehr Geld/Zeit für Glücksspiele ein?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
3. Haben Sie schon einmal versucht, mit dem Glücksspielen aufzuhören – und es nicht geschafft?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
4. Spielen Sie vor allem auch dann Glücksspiele, wenn Sie Langeweile bzw. Stress haben oder in einer traurigen Stimmung sind?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
5. Wenn Sie an das Glücksspielen denken, verspüren Sie dann körperliche Symptome wie z.B. Herzrasen, feuchte Hände, „inneres Kribbeln“ ?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
6. Leiden Sie unter ihrem Glücksspielverhalten?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
7. Kreisen Ihre Gedanken häufig um Gewinnchancen oder um die möglichen Gewinne?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
8. Verspüren Sie oft ein unwiderstehliches Verlangen, Glücksspiele zu spielen?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
9. Vernachlässigen Sie wegen des Glücksspielens bestimmte Verpflichtungen (Beruf, Hobby, Beziehungen) ?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>

10. Wenn Sie nicht Glücksspielen können, fühlen Sie sich dann unruhig, gereizt oder verspüren unangenehme körperliche Symptome?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
11. Versuchen Sie, Ihre Glücksspielleidenschaft zu verheimlichen?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>

[Auswertung](#)