

ACE-D

Vor Ihrem 18. Geburtstag:

1	Hat ein Elternteil oder ein anderer Erwachsener in Ihrem Haushalt... ..Sie oft oder sehr oft beschimpft, beleidigt, erniedrigt oder gedemütigt? oder ...so gehandelt, dass Sie Angst hatten, Sie könnten körperlich verletzt werden?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
2	Hat ein Elternteil oder ein anderer Erwachsener in Ihrem Haushalt... ..Sie oft oder sehr oft gestoßen, gepackt, geschlagen oder etwas nach Ihnen geworfen? oder ...Sie jemals so stark geschlagen, dass Sie Spuren davon aufwiesen oder verletzt wurden?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
3	Hat ein Erwachsener oder eine Person, die mindestens 5 Jahre älter war... ..Sie jemals auf sexuelle Art und Weise angefasst oder gestreichelt oder Sie veranlasst deren Körper in sexueller Art und Weise zu berühren? oder ...oralen, analen oder vaginalen Geschlechtsverkehr versucht mit Ihnen zu haben oder tatsächlich gehabt?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
4	Haben Sie oft oder sehr oft empfunden, dass... ..niemand in Ihrer Familie Sie liebte oder dachte, Sie seien wichtig oder etwas Besonderes? oder ... Ihre Familienangehörigen nicht aufeinander aufpassten, sich einander nicht nahe fühlten oder sich gegenseitig nicht unterstützten?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
5	Haben Sie oft oder sehr oft empfunden, dass... ..Sie nicht genug zu essen hatten, Sie schmutzige Kleidung tragen mussten und niemanden hatten, der Sie beschützte? oder ...Ihre Eltern zu betrunken oder "high" waren, um sich um Sie zu kümmern oder Sie zum Arzt zu bringen wenn Sie es benötigten?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
6	Haben Sie jemals ein biologisches Elternteil durch Scheidung, dadurch, dass es Sie verlassen hat, oder aus anderen Gründen verloren?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
7	Wurde Ihre Mutter oder Stiefmutter... .. oft oder sehr oft gestoßen, gepackt, geschlagen oder wurde etwas nach ihr geworfen? oder ... manchmal, oft oder sehr oft getreten, gebissen, mit der Faust oder mit einem harten Gegenstand geschlagen? oder ... jemals über mindestens einige Minuten wiederholt geschlagen oder mit einer Pistole oder einem Messer bedroht?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
8	Haben Sie mit jemandem zusammengelebt, der Alkoholprobleme hatte, alkoholabhängig war oder Drogen konsumierte?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
9	War ein Mitglied Ihres Haushalts depressiv oder psychisch krank oder hat ein Mitglied Ihres Haushalts einen Selbstmordversuch unternommen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
10	War ein Mitglied Ihres Haushalts im Gefängnis?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>