

Risk Assessment

Name:

Datum:

Geben Sie an, ob die folgenden Aussagen zutreffen oder nicht.

		Ja	Nein
1.	Hat die physische Gewalt an Frequenz oder Schwere in den letzten Monaten zugenommen?		
2.	Besitzen Sie eine Schusswaffe?		
3.	Hat Ihr/e Partner/in Sie verlassen (nachdem Sie in den letzten 12 Monaten zusammengelebt haben)?		
4.	Sind Sie arbeitslos?		
5.	Haben Sie jemals eine Waffe gegen Ihre/n Partner/in eingesetzt oder ihn/ sie mit einer tödlichen Waffe bedroht?		
6.	Haben Sie in den letzten zwölf Monaten erlebt, dass Sie an einem Abend mehr getrunken haben als Sie wollten oder nicht aufhören konnten, nachdem Sie einmal begonnen hatten?		
7.	Haben Sie gedroht Ihre/n Partner/in zu töten?		
8.	Sind Sie bereits einmal wegen häuslicher Gewalt festgenommen worden?		
9.	Hat Ihr/e Partner/in ein Kind, das nicht von Ihnen stammt?		
10.	Ist es (im letzten) Jahr vorgekommen, dass Sie Straftaten (Körperverletzung, Sachbeschädigung, Fahren unter Alkohol oder Drogen) unter Alkohol oder Drogen begangen haben?		
11.	Haben Sie Ihre/n Partner/in zu sexuellen Handlungen gegen ihren/ seinen Willen gezwungen?		
12.	Haben Sie versucht, Ihre/n Partner/in zu würgen?		
13.	Benutzen Sie Drogen(auch aufputschende Substanzen wie Tillidin, Amphetamine, Speed, Engelsstaub, Kokain etc.)?		
14.	Sind Sie Alkoholiker oder Problemtrinker?		
15.	Kontrollieren Sie die täglichen Aktivitäten Ihres Partners/ Ihrer Partnerin?		
16.	Sind Sie heftig und permanent eifersüchtig?		
17.	Haben Sie Ihre Partnerin geschlagen als sie schwanger war?		
18.	Haben Sie gedroht sich umzubringen oder einen Selbstmordversuch unternommen?		
19.	Sind Sie bei der Polizei ode im Straßenverkehr mit Promillewerten über 2 Promille aufgefallen?		
20.	Haben Sie gedroht ,den Kindern etwas anzutun?		
21.	Haben Sie schon das Gefühl gehabt, dass Sie Ihre/n Partner/in umbringen könnten?		

		Ja	Nein
22.	Verfolgen Sie Ihre/n Partner/in oder spionieren Sie ihr/ihm nach, hinterlassen Sie bedrohliche Nachrichten, beschädigen Sie Dinge oder rufen Sie Ihre/n Partner/in an, obwohl sie/er das nicht möchte?		
23.	Hat Ihr/e Partner/in jemals gedroht sich umzubringen oder einen Selbstmordversuch unternommen?		
24.	Ist Ihnen in den letzten zwölf Monaten von Freunden, Partner/in, Verwandten oder auch Behörden nahegelegt worden das Trinken/ den Drogenkonsum zu reduzieren oder eine Suchtberatung aufzusuchen?		