



Fragebogen zur Raucherentwöhnung

Erfassungsdatum: _____

Vor- /Nachname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Warum möchten Sie aufhören zu rauchen?:

Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich am Tag? _____ Stück

In welchem Zeitraum nach dem Erwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette? _____ Min

Welche Zigarette im Verlauf eines Tages ist Ihnen am wichtigsten? _____

Rauchen Sie auch wenn Sie krank im Bett liegen müssen? Ja Nein

Wann haben Sie angefangen zu rauchen? _____ Jahre

Wieviele Jahre Ihres Lebens haben Sie geraucht? _____ Jahre

Was war der Grund dafür, dass Sie angefangen haben zu rauchen?



Haben Ihre Eltern geraucht? Haben andere wichtige Personen in Ihrem Umfeld geraucht?

Haben Sie früher schon versucht mit dem Rauchen aufzuhören? Wenn ja, wie häufig und mit welchem Erfolg?

In welchen Situationen oder Stimmungen rauchen Sie besonders viel?

Finden Sie es schwierig, Rauchverbote in Kinos oder anderen öffentlichen Gebäuden einzuhalten?

Geraten Sie in Panik, wenn Sie keine Zigarette zur Verfügung haben? Was tun Sie, wenn Sie bemerken, dass Ihre Zigaretten zu Ende gehen und Sie keine Ersatzschachtel mehr haben?

Welche Ritual-Zigaretten – also Zigaretten, die in festem Zusammenhang mit einer Tätigkeit oder einer Situation stehen gibt es?

Wovor haben Sie am meisten Angst wenn Sie aufhören?



Was bestärkt Sie, mit dem Rauchen aufhören zu wollen? Was könnte Ihnen neben der Hypnose als Unterstützung dienen?

Wie sicher sind Sie im Moment, dass Sie es schaffen werden aufzuhören? Würden Sie auch aufhören, wenn es keine Hypnose gäbe?

Unterstützt Sie jemand beim Aufhören? Wenn ja, wer und in welcher Form unterstützt Sie diese Person?

Raucht Ihr Partner oder andere Menschen in Ihrem näheren Umfeld? Können Sie Raucher in der Anfangszeit meiden oder gibt es Situationen, in denen Sie gleich von Beginn Ihrer Rauchfreiheit an Menschen um sich haben werden, die rauchen, denen Sie nicht aus dem Weg gehen können?

Hiermit bestätig ich die Richtigkeit obiger Angaben und bin mir bewusst, dass fehlerhafte Angaben die Wirkung der Hypnosebehandlung beeinträchtigen können.

Ich verstehe, dass keine Heilung versprochen wird und keine ärztliche Behandlung ersetzt wird.

Unterschrift des Klienten:

Unterschrift Therapeut:

Ort, Datum: _____