

*Dr. Elmar Basse, Praxis für Psychologische Beratung & Therapie
Glockengießerwall 17, 20095 Hamburg
Tel. 040-33313361 u. 2277175, email: elmar.basse@t-online.de*

Fragebogen zur Raucherentwöhnung

(Bitte die Fragen nach bestem Wissen beantworten. Wenn Sie es nicht exakt wissen, schätzen Sie es einfach oder lassen die Frage offen. Den beantworteten Fragebogen bitte per mail an mich zurück oder zum Hypnose-Termin mitbringen.)

- Was rauchen Sie? Zigaretten Zigarren Pfeife

- Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich am Tag?

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

- Welche Zigarette im Verlauf eines Tages ist Ihnen am wichtigsten?
Die erste am Morgen andere

- Rauchen Sie mehr während der ersten Stunden nach dem Erwachen als während des übrigen Tages? Ja Nein

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

- In welchem Zeitraum nach dem Erwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette? Innerhalb von:
5 Min. 6-30 Min. 31-60 Min. nach über 60 Min.

- Wie alt waren Sie (schätzungsweise), als Sie begonnen haben zu rauchen?

- Wie viele Jahre Ihres Lebens haben Sie geraucht?

- Haben Sie früher schon versucht, mit dem Rauchen aufzuhören:
Ja Nein Anzahl der Versuche:

- Haben Sie schon einmal an einem Raucherentwöhnungsprogramm teilgenommen?
Ja Nein

- In welchen Situationen oder Stimmungen rauchen Sie besonders viel?

- Bitte kreuzen Sie an, wie zuversichtlich Sie sind, in den folgenden Situationen **nicht** zu rauchen:

(1 = gar nicht zuversichtlich; 2 = wenig zuversichtlich; 3 = einigermaßen zuversichtlich; 4 = zuversichtlich; 5 = völlig zuversichtlich)

Wenn Sie sich in geselliger Runde befinden und Alkohol trinken: 1---2---3---4---5

Wenn Sie ängstlich und nervös sind: 1---2---3---4---5

Wenn Sie sich nach einer unangenehmen Tätigkeit belohnen wollen: 1---2---3---4---5

Wenn Sie Hungergefühle dämpfen wollen: 1---2---3---4---5

Wenn Sie Ihre Konzentration steigern wollen: 1---2---3---4---5

Wenn Sie sehr verärgert über etwas oder jemanden sind: 1---2---3---4---5

Wenn Sie spüren, daß Sie eine Aufmunterung brauchen: 1---2---3---4---5

Wenn Sie morgens gerade aufstehen: 1---2---3---4---5

Wenn Sie sich überarbeitet und gestreßt fühlen und sich entspannen wollen: 1---2---3---4---5

Wenn Ihnen bewußt wird, daß Sie eine Weile nicht geraucht haben: 1---2---3---4---5

Wenn Sie mit Partner/in oder Freund/in zusammen sind und er/sie raucht: 1---2---3---4---5

- Wie stark ausgeprägt ist Ihre Absicht aufzuhören? 1---2---3---4---5
(1 = sehr schwach; 5 = sehr stark)

- Wie sicher sind Sie, daß Sie es schaffen aufzuhören? 1---2---3---4---5
(1 = sehr unsicher; 5 = sehr sicher)

- Wie zwiespältig sind Ihre Gefühle bei dem Gedanken, nie mehr zu rauchen? 1---2---3---4---5
(1 = gar nicht zwiespältig; 5 = sehr)

Fühlen Sie sich von Familie/ Freunden in Ihrem Aufhörvorhaben unterstützt? 1---2---3---4---5
(1 = gar nicht; 5 = sehr)

Vielen Dank fürs Ausfüllen!