

Fragebogen zur Raucherentwöhnung mit Hypnose

Name, Vorname: _____

Datum: _____

Warum möchten Sie aufhören zu rauchen?

Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich am Tag?

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

Welche Zigarette ist Ihnen im Laufe eines Tages am wichtigsten?

Rauchen Sie auch wenn Sie im Bett liegen müssen?

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

Wie viele Jahre haben Sie geraucht?

Was war der Grund dafür, dass Sie mit dem Rauchen begonnen haben?

Welche Gefühle verbinden Sie mit der Zeit in Ihrem Leben? (Stress, Bequemlichkeit, Glück, Schule....)

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

Haben Sie früher schon versucht damit 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 öffentlichen Gebäuden einzuhalten?

Geraten Sie in Panik, wenn Sie keine Zigaretten zur Verfügung haben? Was tun Sie?

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

Was macht Ihnen am meisten Angst, wenn Sie ans Aufhören denken?

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

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?

Bitte kreuzen Sie an, wie zuversichtlich Sie derzeit wören, in folgenden Situationen, aus eigener Kraft (also ohne die Unterstützung von Hypnose), nicht zu rauchen:

(1 = überhaupt nicht zuversichtlich, 10 = völlig zuversichtlich)

In geselliger Runde mit Alkohol 1...2...3...4...5...6...7...8...9...10

Bei Angst und Nervosität 1...2...3...4...5...6...7...8...9...10

Bei Ärger über etwas oder jemanden 1...2...3...4...5...6...7...8...9...10

Bei Konzentrationsverlust 1...2...3...4...5...6...7...8...9...10

Wenn Sie sich für etwas belohnen wollen 1...2...3...4...5...6...7...8...9...10

Bei Stress um zu entspannen 1...2...3...4...5...6...7...8...9...10

Wenn Sie eine Pause von einer Tätigkeit machen 1...2...3...4...5...6...7...8...9...10

Bei Hungergefühlen 1...2...3...4...5...6...7...8...9...10

Nach dem Essen 1...2...3...4...5...6...7...8...9...10

Wenn Sie morgens aufstehen 1...2...3...4...5...6...7...8...9...10

Wenn Sie möchten, dann rauchen Sie bis zu unserem Termin wie gewohnt weiter. Am Tag des Termins, räumen Sie bevor Sie losfahren, alle Rauchutensilien weg.
Bringen Sie den Fragebogen bitte ausgefüllt zur Sitzung mit.

Hiermit bestätige 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 des Therapeuten