

## Fragebogen zur Raucherentwöhnung mit Hypnose

### Persönliche Daten

Name, Vorname:

Telefonnummer:

Geburtsdatum:

Beruf:

### 1. Rauchgewohnheiten:

**Wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich?**

Weniger als 5

5-10

10-20

Mehr als 20

**Wie lange rauchen Sie bereits?**

Unter 1 Jahr

1-5 Jahre

5-10 Jahre

Mehr als 10 Jahre

**Zu welchen Gelegenheiten rauchen Sie am häufigsten?**

Stresssituationen

Nach dem Essen

Mit Freunden/Soziale Anlässe

Beim Kaffee

Beim Autofahren

Andere: \_\_\_\_\_

**Haben Sie schon einmal versucht, mit dem Rauchen aufzuhören?**

Ja

Nein

**Wenn ja, welche Methoden haben Sie bisher ausprobiert?**

Nikotinersatzprodukte (Pflaster, Kaugummi, etc.) Welche?

Medikamente

Verhaltenstherapie

Hypnose

Andere: \_\_\_\_\_

### Wie lange waren Sie rauchfrei?

- Weniger als 1 Monat
- 1-6 Monate
- 6 Monate – 1 Jahr
- Mehr als 1 Jahr

### Was war der Hauptgrund für das Scheitern früherer Versuche?

- Stress
- Soziale Situationen
- Verlangen nach Nikotin
- Gewichtszunahme
- Andere: \_\_\_\_\_

## 2. Motivation zur Raucherentwöhnung:

### Warum möchten Sie mit dem Rauchen aufhören? (Mehrfachnennungen möglich)

- Gesundheitliche Gründe
- Finanzieller Grund
- Für die Familie/Freunde

Mehr Energie/Fitness

Andere: \_\_\_\_\_

### **Wie stark ist ihr Wunsch, mit dem Rauchen aufzuhören?**

Auf einer Skala von 1 (sehr gering) bis 10 (sehr stark):

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

### **3. Stress- und Entspannungsgewohnheiten:**

#### **- Was sind die Hauptursachen für Stress im Alltag?**

Beruf

Familie

Beziehungen

Gesundheit

Andere: \_\_\_\_\_

#### **Welche Methoden verwenden Sie, um sich zu entspannen?**

Rauchen

Sport

Meditation/Yoga

Fernsehen

Spaziergänge

Andere: \_\_\_\_\_

#### 4. Erfahrungen mit Hypnose:

**Haben Sie bereits Erfahrung mit Hypnose?**

Ja

Nein

Wenn ja, zu welchem Zweck? \_\_\_\_\_

**Wie offen sind Sie, für Hypnose als Methode zur Raucherentwöhnung?**

Auf einer Skala von 1 (sehr skeptisch) bis 10 (sehr offen):

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

#### 5. Gesundheitszustand:

**- Haben Sie derzeit gesundheitliche Probleme, die berücksichtigt werden sollten?**

Ja

Nein

Wenn ja, bitte erläutern: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?**

Ja

Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## 6. Zielsetzung:

- Was ist Ihr Hauptziel, das Sie mit der Raucherentwöhnung erreichen möchten?

Dauerhaft rauchfrei werden

Gesund und fit bleiben

Anderen ein Vorbild sein

Mehr Energie und Lebensfreude haben

Andere: \_\_\_\_\_

## 7. Ergänzende Informationen:

- Gibt es noch etwas, das Sie gerne anmerken oder hinzufügen möchten?

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_