

Fragebogen zur Raucherentwöhnung mit Hypnose

Persönliche Daten

Name, Vorname:

Telefonnummer:

Geburtsdatum:

Beruf:

1. Rauchgewohnheiten

Wie viele Zigaretten rauchst Du täglich?

- ☐ weniger als 5
- ☐ 5 - 10
- ☐ 10 - 20
- ☐ mehr als 20

Wie lange rauchst Du bereits?

- ☐ Unter 1 Jahr
- ☐ 1 - 5 Jahre
- ☐ 5 - 10 Jahre
- ☐ mehr als 10 Jahre

Zu welchen Gelegenheiten rauchst Du am häufigsten?

- ☐ Stresssituationen
- ☐ Nach dem Essen
- ☐ Mit Freunden/Soziale Anlässe
- ☐ Beim Kaffee
- ☐ Beim Autofahren
- ☐ Andere: _____

Hast Du 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 warst Du 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 verwendest Du, um dich zu entspannen?

- ☐ Sport
- ☐ Rauchen
- ☐ Meditation/Yoga
- ☐ Fernsehen
- ☐ Spaziergänge
- ☐ Andere: _____

4. Erfahrungen mit Hypnose

Hast Du 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

Hast Du derzeit gesundheitliche Probleme, die berücksichtigt werden sollten?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Wenn ja, bitte erläutern: _____

Nimmst Du derzeit Medikamente ein?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

6. Zielsetzung

Was ist Ihr Hauptziel, das Du mit der Raucherentwöhnung erreichen möchtest?

- ☐ Dauerhaft rauchfrei werden
- ☐ Gesund und fit bleiben
- ☐ Anderen ein Vorbild sein
- ☐ Mehr Energie und Lebensfreude haben
- ☐ Andere: _____

7. Ergänzende Informationen

Gibt es noch etwas, dass Du gerne anmerken oder hinzufügen möchtest?

Datum: _____

Unterschrift: _____