



## FRAGEBOGEN

### Ihre Daten:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	Nachname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Beruf
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße/Hausnummer	PLZ
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon/Fax	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### 1. Haben Sie schon einmal länger als 48 Stunden mit dem Rauchen aufgehört?

- Nein  Ja  1x  2x  3x  4x  5x  öfter

#### 2. Haben Sie aus eigener Kraft oder mit einem Hilfsmittel aufgehört?

- Aus eigener Kraft  Hilfsmittel

#### 3. Welche Hilfsmittel haben Sie benutzt?

- Nikotinpflaster  Nikotinkaugummi  Akupunktur  Hypnose  Allen Carr  
 Zyban  Lasertherapie  Champix  Sonstige

#### 4. Weshalb haben Sie wieder mit dem Rauchen angefangen?

- Ich hatte zu viel Stress  Ich war mangelhaft vorbereitet  Ich war noch nicht reif dazu  
 Ich hatte zu wenig Unterstützung  Mir hat das Hilfsmittel nicht geholfen

#### 5. Weshalb möchten Sie jetzt mit dem Rauchen aufhören?

- Ärztlicher Rat  Kondition  Gesundheit  Schwangerschaft  Schlechte Gewohnheit  
 Einfluß anderer  Finanzielle Gründe  Rauchverbot am Arbeitsplatz  
 Arbeitgeber erstattet die Behandlung  Sonstige Gründe

#### 6. Weshalb rauchen Sie?

- einfach so  weil mir Zigaretten schmecken  weil ich ohne nicht kann  weil ich stressanfällig bin  
 weil ich mich besser konzentrieren kann  weil ich mich besser entspannen kann  Geselligkeit

#### 7. In welchem Alter haben Sie mit dem Rauchen begonnen?

Lebensjahr

#### 8. Welche Zigaretten rauchen Sie?

- Filterlose Zigaretten  Filterzigaretten  Tabak  Zigariillos  Zigarren  Pfeife

#### 9. Welchen Tabak rauchen Sie:

- light  mittelstarken  starken Tabak

#### 10. Wieviele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich pro Tag?

- Bis 10  11-20  21-30  31 und mehr

#### 11. Rauchen Sie auch wenn Sie krank sind und den Tag im Bett verbringen müssen?

- Ja  Nein

#### 12. Innerhalb welcher Zeit nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?

- Innerhalb von 5 min.  6 bis 30 min.  31 bis 60 min.  nach 60 min.



13. Finden Sie es schwierig an Orten, wo das Rauchen verboten ist (zum Beispiel Kirche, Bücherei, Kino) das Rauchen zu unterlassen?

Ja  Nein

14. Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?

Die erste am Morgen  Andere \_\_\_\_\_

15. Rauchen Sie in den ersten Stunden nach dem Aufstehen mehr als den Rest des Tages?

Ja  Nein

16. Fällt es Ihnen schwer, 24 Stunden nicht zu rauchen?

Ja  Nein

17. Sind Sie in ärztlicher Behandlung?

Nein  Ja, wegen \_\_\_\_\_

18. Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung?

wegen \_\_\_\_\_

19. Sind Sie schwanger?

Ja  Nein

20. Nehmen Sie rezeptpflichtige / rezeptfreie Medikamente ein?

Ja \_\_\_\_\_

21. Üben Sie eine Sportart aus?

Nein  Ja (welche) \_\_\_\_\_

22. Benutzen Sie Multivitaminpräparate?

Ja  Nein  Manchmal

23. Wieviel Wasser (ohne Kohlensäure) trinken Sie durchschnittlich am Tag?

Gar keines  0,5 Liter  1 Liter  1,5 Liter  2 Liter oder mehr

24. Wie viele Tassen Kaffee trinken Sie am Tag?

Keine  1-2 Tassen  3-5 Tassen  6-8 Tassen  9 oder mehr Tassen

25. Wie viele Gläser Cola/Softgetränke trinken Sie am Tag?

Keines  1-2 Gläser  3-4 Gläser  5 Gläser oder mehr

26. Wie viel Gläser Alkohol trinken Sie durchschnittlich am Tag?

Keines  1-2 Gläser  3-4 Gläser  5 Gläser  nur bei Anlässen/Wochenende

27. Leben Sie mit einem Partner(in) zusammen?

Ja  Nein

28. Raucht Ihr(e) Partner(in)?

Ja  Nein

29. Unterstützt Ihr(e) Partner(in) Sie bei Ihrem Vorhaben mit dem Rauchen aufzuhören?

Viel  Geht so  Wenig  Nicht

30. Haben Sie Kinder? Rauchen diese?

Ja  Nein  Ja  Nein

Bemerkungen/Anregungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Unterschrift



**HeilpraxisRücker**

Gesundheitsförderung für Kinder und Erwachsene

Bonner Straße 172 - 176  
50968 Köln  
Telefon: 0221 37 28 13  
Telefax: 0221 3 77 97 50  
Mobil: 0173-244 36 54  
ruecarl@t-online.de  
www.schnell-rauchfrei.de