



Fragebogen zur Rauchentwöhnung



Fragebogen zur Rauchentwöhnung

Vorname/Nachname

Straße

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Telefon

Mail

Warum möchten Sie aufhören zu rauchen?

Wieviele Zigaretten rauchen sie durchschnittlich am Tag?

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

Welche Zigarette im Verlauf eines Tages ist Ihnen am wichtigsten?



Rauchen Sie, auch wenn Sie krank im Bett liegen müssen?

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

Wieviele Jahre Ihres Lebens haben Sie geraucht?

Was war der Grund dafür, dass Sie angefangen haben zu rauchen?

Haben Ihre Eltern geraucht?

Haben andere wichtige Personen in Ihrem Umfeld geraucht?

Haben Sie früher schon versucht mit dem Rauchen 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 anderen öffentlichen Gebäuden einzuhalten?



Geraten Sie in Panik, wenn Sie keine Zigarette zur Verfügung haben?

Was tun Sie, wenn Sie bemerken, dass Ihre Zigaretten zu Ende gehen und Sie keinen Ersatz mehr haben?

Welche „Ritual-Zigaretten“, also Zigaretten, die in einem festen 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?

Wie sicher sind sie im Moment, dass Sie es schaffen werden aufzuhören?



Würden Sie aufhören, wenn es keine Hypnose gäbe und wenn ja, wie?

Unterstützt Sie jemand beim Aufhören?

Wenn ja, wer und in welcher Form unterstützt diese Person Sie?

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, Menschen um sich haben werden, die rauchen, denen Sie nicht aus dem Weg gehen können?

Bitte kreuzen Sie an, wie zuversichtlich Sie derzeit wären, in den folgenden Situationen aus eigener Kraft (also ohne Unterstützung durch Hypnose) nicht zu rauchen (**1=überhaupt nicht zuversichtlich; 2=wenig zuversichtlich; 3=einigermaßen zuversichtlich; 4=zuversichtlich; 5=völlig zuversichtlich**)

In einer geselligen Runde mit Essen und Alkohol:

1 2 3 4 5

Wenn Sie morgens aufstehen:

1 2 3 4 5

Bei Angst und Nervosität:

1 2 3 4 5

Bei Konzentrationsverlust:

1 2 3 4 5

Bei Stress, um zu entspannen:

1 2 3 4 5

Wenn Sie eine Pause von einer Beschäftigung machen

1 2 3 4 5

Nach dem Essen:

1 2 3 4 5

Bei Ärger über etwas oder jemanden:

1 2 3 4 5

Wenn Sie sich für etwas belohnen wollen:

1 2 3 4 5

Bei leichten Hungergefühlen:

1 2 3 4 5

Die Leistung von Elke Rottler, Hypnose-Coaching, beläuft sich auf beratende Tätigkeiten, Prävention und Lösung vielfältiger Konflikte, Probleme, Blockaden, Krisen und psychosomatischer Indikationen, bei denen keine klinische seelische Erkrankung vorliegt.

Die Hypnose ist nichtmedizinisch und dient weder der Diagnose, noch der Heilung oder Therapie von Erkrankungen. Mit Inanspruchnahme dieser Tätigkeit bestätige ich, nicht an körperlichen oder seelisch – geistigen Erkrankungen zu leiden.

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 Behandlers