

## **Fragebogen zur Raucherentwöhnung mit Hypnose**

### **1. Angaben zur Person**

Herr/ Frau (zutreffendes bitte ausfüllen):

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Tel. privat:

Handy:

E-Mail:

(Bitte geben Sie unbedingt auch Ihre Handynummer mit an, damit Sie für mich leicht und unkompliziert erreichbar sind .

Haben Sie bereits erste Erfahrungen mit Hypnose, Selbsthypnose oder Entspannungsmethoden? (Welche, wie viele Sitzungen mit welchem Erfolg?)

### **2. Angaben zum Problem und zum Ziel der Behandlung**

Was wird durch das Rauchen in Ihrem Leben verhindert?

Welche Gefühle löst das in Ihnen aus? Rauchen und Nichtrauchen

Diagnosen: körperliche und psychische, wenn vorhanden

Vorbehandlungen (Zeitraum, ambulant, stationär, Dauer, Erfolg):

Medikamente (Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Schmerzmittel etc.):

Dosierung, Dauer:

Waren Sie in Ihrem Leben schon einmal traumatische Situationen ausgesetzt?

Sind Sie schon einmal überfallen worden, Opfer einer Straftat gewesen, zusammengeschlagen worden, vergewaltigt oder mißbraucht worden?

Haben Ihre Eltern Sie geschlagen oder eingesperrt, mit Liebesentzug Sie bestraft?

Gibt es Ängste oder Phobien: (z.B. Höhenangst, Flugangst, Spinnenphobie, Angst in engen Räumen oder großen Plätzen, etc.)

Was ist für Sie das Allerwichtigste im Leben?  
(Gemeint ist nicht das Therapieziel, sondern Ihr Lebenssinn oder Werte wie: harmonische Partnerschaft, beruflicher Erfolg etc.)

Was können Sie bei andere Menschen überhaupt nicht ab? Z.B. Lügen, Betrügen etc.

Größtes Hobby/ größte Leidenschaft:

Leiden Sie unter orthopädischen Probleme, insbesondere im Bereich Hals, Wirbelsäule und Schultern?

Was werde ich verlieren, wenn ich nicht mehr rauche?

Was gewinne ich, wenn ich das Problem behalte?

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 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?

Wie viele 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 keine Ersatzschachtel mehr haben?

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?

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

Würden Sie auch 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?

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 geselliger Runde mit Alkohol: 1---2---3---4---5

Bei Angst und Nervosität: 1---2---3---4---5

Bei Ärger über etwas oder jemanden: 1---2---3---4---5

Bei Konzentrationsverlust: 1---2---3---4---5

Wenn Sie sich für etwas belohnen wollen: 1---2---3---4---5

Bei Stress, um zu entspannen: 1---2---3---4---5

Wenn Sie eine Pause von einer Tätigkeit machen: 1---2---3---4---5

Bei Hungergefühlen: 1---2---3---4---5

Nach dem Essen: 1---2---3---4---5

Wenn Sie morgens gerade aufstehen: 1---2---3---4---5

Welche Tätigkeiten oder Dinge könnten Sie in der ersten Zeit nutzen, statt zu Rauchen? (z.B. Zuckergefreie Bonbons, Kaugummi, Wasser trinken, Obst/Gemüse essen, bewegen, etc.....)

**Bitte beachten Sie, wenn Sie einmal einen vereinbarten Termin verschieben müssen, dass Sie diesen Termin mindestens 48h vorher absagen müssen. Andernfalls fällt ein Ausfallhonorar an in Höhe von 50.- EUR bei einem Vorgesprächstermin und 100 EUR bei einem verpassten oder nicht abgesagten Behandlungstermin.**

**Mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens erklären Sie sich damit einverstanden.**

---

Datum

Unterschrift