

Fragebogen zur Rauchentwöhnung



<i>Vorname und Nachname:</i>	<i>Datum:</i>
<i>Straße:</i>	<i>Postleitzahl / Wohnort:</i>
<i>Telefon privat:</i> <i>Telefon geschäftlich:</i> <i>Mobil:</i> <i>E-Mail::</i>	<i>Geschlecht:</i> ☀️ <i>männlich</i> ☀️ <i>weiblich</i>
<i>Geburtsdatum:</i> <i>Geburtsstunde (falls bekannt):</i>	

<p><i>Größe:</i></p> <p><i>Gewicht:</i></p> <p><i>BMI:</i></p>	<p><i>Versicherung:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ☀ <i>Gesetzlich versichert / Zusatzversicherung (welche?)</i> ☀ <i>Beihilfe</i> ☀ <i>Postbeamten</i> ☀ <i>Privat versichert: Welche?</i>
<p><i>Beruf (derzeitige Beschäftigung):</i></p>	<p><i>Partnerschaftsstand:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ☀ <i>ohne feste Partnerschaft</i> ☀ <i>in fester Partnerschaft lebend</i> ☀ <i>Verheiratet</i> ☀ <i>getrennt lebend / geschieden</i> ☀ <i>verwitwet</i>
<p><i>Kinder (Anzahl / Alter / Geschlecht):</i></p> <p><i>Empfohlen von / durch:</i></p>	<p><i>Ernährung:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ☀ <i>Vegetarier</i> ☀ <i>Nichtvegetarier</i> ☀ <i>andere Ernährungsform (z.B . makrobiotisch, Trennkost, Vegan ...)</i>

Bitte, den Bogen stichpunkthaft ausfüllen.

- 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 mitwelchem 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?

- Können Sie Raucher in der Anfangszeit meiden oder gibt es Situationen, in denen Sie gleich von Beginn Ihrer Rauchfreiheit an Menschen um sich haben werden, die rauchen, denen Sie nicht aus dem Weg gehen können?

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben und bin mir bewusst, dass fehlerhafte Angaben die Wirkung die Soultherapie beeinträchtigen können.

Unterschrift

Absagepflicht

Hiermit bestätige ich _____,
geboren am _____, das ich mit folgender Vereinbarung
einverstanden bin:

Falls _____ es _____ Kind _____ betrifft, _____ Name _____ des
Kindes: _____

- Unentschuldigte, nicht wahrgenommene Termine, werden privat in Rechnung gestellt.
- Termine sind 24 Stunden vorher abzusagen, Termine die am Montag sind vorm Wochenende, ansonsten werden diese in privat Rechnung gestellt.
- Falls der abgesagte Termin nicht anderweitig belegt werden kann, wird dieser privat in Rechnung gestellt.
- Die Ausfahrtgebühr für einen nicht wahrgenommenen Termin beträgt 90€

Datum:

Unterschrift:
