



Fragebogen zur Raucherentwöhnung mit Hypnose

Dieser Fragebogen gilt ergänzend zum Basis-Erfassungsbogen mit den Angaben zur gesundheitlichen Situation. Füllen Sie daher bitte beide Bögen aus und übersenden mir diese bis spätestens 48 Stunden vor unserem Termin per E-Mail an contact@4lifeflow.com. Besten Dank und ich freue mich auf Sie!

Erfassungsdatum:

Name, Vorname:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Fragen zum Rauchverhalten

Möchten Sie wirklich Nichtraucher werden?

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?

Zu welchem Anlass war das damals (Party, Clique etc...)? Was war der genaue Grund dafür, dass Sie angefangen haben zu rauchen? Gab es einen speziellen Anlass?

Haben Sie ab damals kontinuierlich weitergeraucht oder danach wieder aufgehört?

Was war der Anlass, wieder mit dem Rauchen zu beginnen?

Wie viele Jahre Ihres Lebens haben Sie geraucht?

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? Warum haben Sie wieder angefangen?

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 und denen Sie nicht aus dem Weg gehen können?

Gab es konkrete Lebensereignisse, in denen Sie sofort mit dem Rauchen aufgehört haben?

Haben Sie es schon einmal mit E-Zigaretten, Nikotinplaster oder Nikotinkaugummis versucht? Wenn ja, mit welchen Ergebnissen?



Wann am Tag rauchen Sie Ihre letzte Zigarette?

Ist Ihr Rauchverhalten mit einer anderen Sache gekoppelt, z.B. Morgenzigarette und Kaffee?

Nutzen Sie das Rauchen, um mit Kollegen in der Pause zu kommunizieren?

Was konkret fehlt Ihnen, wenn Sie nicht rauchen?

Können Sie das Rauchen längere Zeit bewusst einstellen (z.B. im Flugzeug oder in der Bahn)?

Wird bei Ihnen auf der Arbeitsstelle / im Büro geraucht?

Liegen bei Ihnen in der Wohnung oder im Auto Rauchutensilien herum?

Wem würden Sie eine besondere Freude machen, wenn Sie Nichtraucher sind?



Welchen konkreten Grund haben Sie für Ihren Wunsch, Nichtraucher zu werden?

Spielt auch die finanzielle Seite eine Rolle?

Wie viel Geld würden Sie im Jahr als Nichtraucher sparen?

Was würden Sie gerne mit dem gesparten Geld tun?

Haben Sie Befürchtungen an Gewicht zuzunehmen, wenn Sie Nichtraucher sind?

Essen Sie gerne Äpfel?

Trinken Sie gerne Wasser?

Sind Sie ein Partyraucher?

Schmeckt Ihnen die Zigarette besonders in Verbindung mit Alkohol? Oder nach dem Essen?



Haben Sie körperliche Probleme, die eventuell mit Ihrem Rauchverhalten zusammenhängen?

Gibt es Faktoren, die Ihr Rauchverhalten in der Vergangenheit verstärkten oder minderten (Stress, Entspannung, bestimmte Ereignisse, Schwangerschaft, Krankheit)?

Bestehen weitere aktuelle gesundheitliche oder emotionale Probleme?

Bitte kreuzen Sie an, wie zuversichtlich Sie derzeit sind, 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

Quelle: TherMedius®



Abschließende und Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 DSGVO

Alle gemachten Angaben dienen einer individuell auf Sie abgestimmten Behandlungs- und Beratungsplanung und werden selbstverständlich absolut vertraulich behandelt. Alle erfassten Daten unterliegen der Schweigepflicht und Diskretion.

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die Verarbeitung im Behandlungsverlauf durch 4lifeflow, bzw. Frau Katja Palinsky, zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an contact@4lifeflow.com widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

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

Ich nehme zur Kenntnis, dass Frau Katja Palinsky (die Behandlerin) die Behandlung auf rein nichtmedizinischer Basis anbietet und keinerlei Krankheiten diagnostiziert oder behandelt werden. Für die Behandlung von Krankheiten sollte unbedingt ein Arzt oder Heilpraktiker aufgesucht werden.

Ich verstehe, dass keine Heilung versprochen wird und keine ärztliche Behandlung ersetzt wird.

Die Broschüren „Aufklärungsbogen für Ihre Hypnose-Behandlung“ und „Kontraindikationen für eine Hypnose“ habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum:

Unterschrift des Klienten

Unterschrift der Behandlerin