



.....

## Raucherentwöhnung

**Name, Vorname**

**Adresse**

**Telefon**

**E-Mail Adresse**

**Geburtsdatum**

- Warum möchtest du aufhören zu rauchen?

\_\_\_\_\_

- Wie viele Zigaretten rauchst du Durchschnittlich am Tag?

\_\_\_\_\_

- In welchem Zeitraum nach dem Erwachen rauchst du die erste Zigarette?

\_\_\_\_\_

- Welche Zigarette im Verlauf des Tages ist dir am wichtigsten?

\_\_\_\_\_

- Rauchst du auch wenn du krank im Bett liegst?

\_\_\_\_\_

- In welchem Alter hast du mit dem Rauchen angefangen?

\_\_\_\_\_

- Seit wie vielen Jahren rauchst du?

\_\_\_\_\_

- Was war der Grund dafür, dass du angefangen hast zu Rauchen?

\_\_\_\_\_



- Haben deine Eltern geraucht? Haben andere wichtige Personen in deinem Umfeld geraucht?
- 

- Hast du schon einmal versucht mit dem Rauchen aufzuhören? Wenn ja, wie häufig und mit welchem Erfolg?
- 

- In welchen Situationen und Stimmungen rauchst du besonders viel?
- 

- Findest du es schwierig Rauchverbote in Restaurants oder anderen Öffentlichen Gebäuden einzuhalten?
- 

- Geratest du in Panik, wenn du keine Zigarette zur Verfügung hast? Was machst du, wenn du bemerkst, dass die Zigaretten zu Ende gehen und du keine Ersatzschachtel zur dabei hast?
- 

- Welche Ritual-Zigaretten, also Zigaretten, die in einem festen Zusammenhang mit einer Tätigkeit oder einer Situation stehen gibt es?
- 

- Was bestärkt dich mit dem Rauchen aufhören zu wollen? Was könnte dir neben der Hypnose als Unterstützung dienen?
- 

- Wie sicher bist du im Moment, dass du es schaffen wirst aufzuhören? Würdest du auch aufhören, wenn es keine Hypnose gäbe und wenn ja, wie?
- 

- Unterstützt dich jemand beim Aufhören? Wenn ja, wer und in welcher Form unterstützt dich diese Person?
- 

- Raucht dein Partner oder andere Menschen in deinem näheren Umfeld? Kannst du Raucher in der Anfangszeit meiden oder gibt es Situationen, in denen du gleich von Beginn deiner Rauchfreiheit an Menschen um dich haben wirst, die rauchen, denen du aber nicht aus dem Weg gehen kannst?
- 



Bitte kreuze an, wie zuversichtlich du derzeit wärst, 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 du dich für etwas belohnen willst

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Bei Stress, um zu entspannen

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Wenn du eine Pause von einer Tätigkeit machst

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Bei Hungergefühlen

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Nach dem Essen

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Wenn du morgens gerade aufstehst

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

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 Klient

\_\_\_\_\_

Unterschrift Behandler

