

RAUCHER – ANAMNESE VOR EINER TABAKENTWÖHNUNG
Facharztpraxis und Schulungszentrum - Dr. med. Thomas Heindl

Datum:

Ihr Name:

Geburtsdatum:

1. Wieviel Jahre sind Sie schon Raucher?

2. Wieviel Zigaretten oder (oder Analoga) pro Tag rauchen Sie durchschnittlich?

3. Wieviele Rauchstopp-Versuche haben Sie schon bisher unternommen?

4. Wie lang war die längste rauchfreie Zeit nach einem Rauchstopp-Versuch?

5. Haben Sie Hilfsmittel zum Rauchstopp eingesetzt ? (ankreuzen!)

- | | | | |
|---|-------|-----|-------|
| 5.A) Ein früherer Rauchstopp-KURS?----- | NEIN? | JA? | WANN? |
| 5.B) Digitale Gesundheits-App? (DIGA)----- | NEIN? | JA? | WANN? |
| 5.C) Hat Ihre Krankenkasse 5A) oder 5B) bezahlt | NEIN? | JA? | WANN? |
| 5.D) NICOTINERSATZ-Plaster/Tabl./Spray? ----- | NEIN? | JA? | WANN? |
| 5.E) VARENICLIN/CHAMPIX-Tabletten? ----- | NEIN? | JA? | WANN? |
| 5.F) ZYBAN-Tabletten? ----- | NEIN? | JA? | WANN? |
| 5.G) IQOS? ----- | NEIN? | JA? | WANN? |
| 5.H) E-ZIGARETTE / VAPES? ----- | NEIN? | JA? | WANN? |

6. Bewerten Sie auf einer Skala von 1 Punkt (= GAR NICHT) bis 10 (= STARK JA)

- 6.A) Ihre heutige Motivation zum Rauchstopp = ... von 1-10 Pkt.
 6.B) Ihre Zuversicht, den Rauchstopp mit dem Kurs zu schaffen = ... von 1-10 Pkt.

7. Raucht Ihr Lebenspartner / Ihr nächstes Umfeld?-----NEIN? JA?

8. Kreuzen Sie mindestens mindestens 3 Gründe für IHREN Rauchstopp an:

- | | | |
|--|-------|-----|
| 8.A) HABEN SIE ANGST VOR KRANKHEIT/ TOD DURCH RAUCHEN? --- | NEIN? | JA? |
| 8.B) HOFFEN SIE, SICH OHNE RAUCHEN BESSER ZU FÜHLEN? ----- | NEIN? | JA? |
| 8.C) WOLLEN SIE MIT IHREM RAUCHSTOPP VORBILD SEIN? ----- | NEIN? | JA? |
| 8.D) WOLLEN SIE ANDERE MENSCHEN SCHÜTZEN? ----- | NEIN? | JA? |
| 8.E) WOLLEN SIE MIT IHREM RAUCHSTOPP GELD SPAREN? ----- | NEIN? | JA? |

9. Wer wäre aus Ihrem familiären Umfeld oder Bekanntenkreis, idealerweise nichtrauchend, könnte Ihr Rauchstopp Helfer werden?

.....

10. Welche Vorerkrankungen haben Sie? (Ankreuzen, die Details besprechen wir)

	JA?		JA?
A) Krebs?		B) Venöse Thrombose/Embolie ?	
C) Arterielle Gefäßerkrankung?		D) Schlaganfall?	
E) KHK oder Herzinfarkt?		F) Chronische Nierenerkrankung?	
G) Magen/Darm -Erkrankung?		H) Hauterkrankung ?	
I) Lungenerkrankung?		K) Psychische Erkrankung?	
L) Tabakabhängigkeit?		M) Sonstige Abhängigkeit?	