

Name: \_\_\_\_\_ Gruppe: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

im Kapitel 13 *Sir Walter Raleigh* haben Sie erfahren, dass Rauchen die wichtigste vermeidbare Todesursache unserer Gesellschaft ist.

Wir wollen Ihnen jetzt Gelegenheit geben, über Ihre persönlichen Rauchgewohnheiten nachzudenken. Falls Sie Nichtraucher sind, blättern Sie bitte gleich auf die letzte Seite dieses Fragebogens (Fragen für Nichtraucher).

! Im Zigarettenrauch wurden außer Nikotin ca. 4000 weitere Schadstoffe festgestellt (darunter Blausäure, Cadmium, Teer und Formaldehyd).

• Ungefähr die Hälfte aller Raucher stört ihr eigenes Rauchverhalten.

Selbst bei starken Rauchern sinkt das Risiko für Herzinfarkt und Lungenkrebs wieder deutlich, wenn sie sich das Rauchen dauerhaft abgewöhnen.

**Fragen für Raucher**

(1) Wie viel rauchen Sie durchschnittlich pro Tag?

	Letztes halbe Jahr vor Behandlungs- beginn	Bisher während der Entwöhnungsbehand- lung	Voraussichtlich nach Beendigung der Ent- wöhnungsbehandlung
Zigaretten pro Tag			

(2) Welche **angenehme** Wirkung erleben Sie beim Rauchen? (Sie können mehrere Antworten ankreuzen)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Entspannung               | <input type="radio"/> gute Verdauung         |
| <input type="radio"/> Beruhigung                | <input type="radio"/> hilft gegen Langeweile |
| <input type="radio"/> verbesserte Konzentration | <input type="radio"/> zügelt Appetit         |
| <input type="radio"/> guter Geschmack           | <input type="radio"/> bindet innere Unruhe   |
| <input type="radio"/> baut Stress ab            | <input type="radio"/> erleichtert Kontakte   |

(3) Welche **unangenehme** Wirkung haben Sie beim Rauchen schon erlebt? (Sie können mehrere Antworten ankreuzen)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> gelbe Finger/Zähne                            | <input type="radio"/> Durchblutungsstörung (Raucherbein) |
| <input type="radio"/> Husten  | <input type="radio"/> Warnung von Ärzten                 |
| <input type="radio"/> Kopfweh                                       | <input type="radio"/> Kritik durch Angehörige            |
| <input type="radio"/> schlechter Atem/Geruch                        | <input type="radio"/> Geldprobleme                       |
| <input type="radio"/> verminderte körperliche<br>Leistungsfähigkeit | <input type="radio"/> fahle Haut                         |
|   | <input type="radio"/> der ständige Zwang, zu rauchen     |

(4) Haben Sie schon einmal versucht, mit dem Rauchen aufzuhören?

- Nein  Einmal  Mehrmals

Falls Sie schon einmal/mehrmals mit dem Rauchen aufgehört haben, listen Sie bitte folgende Einzelheiten zur Ihren Rauchpausen auf:

Wann war das?	Gründe für Aufhören	Wie lange haben Sie durchgehalten?	Gründe für Rückfall*

\* (1) Verlangen, (2) beruflicher Stress, (3) privater Stress, (4) soziales Umfeld raucht, (5) Gewichtszunahme, (6) kein rauchfreier Arbeitsplatz.

(5) Wie **zufrieden** sind Sie mit Ihrem Rauchen?

(zutreffendes Resultat bitte ankreuzen)

0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100 %  
vollkommen zufrieden  
unzufrieden

(6) Was müsste geschehen, damit Sie das Rauchen erneut/erstmalig aufgeben?

- ernste Warnung vom Arzt
- erhebliche Kritik von Angehörigen
- schwerer gesundheitlicher Schaden
- Freund/ Angehöriger stirbt mitbedingt durch Rauchen
- andere Gründe:

(7) Welche Nachteile befürchten Sie, wenn Sie aufhören würden zu rauchen?

- Nervosität/Gereiztheit
- vermehrter Konsum von Süßigkeiten
- Gewichtszunahme
- Verdauungsprobleme
- Verlangen nach Zigarette
- verringerte Leistungsfähigkeit

(8) Wie **schwer** würde es Ihnen fallen, das Rauchen aufzugeben?

Leichter als schwerer als  
Alkoholabstinenz -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 Alkoholabstinenz

(9) Haben Sie **Interesse**, während Ihrer Entwöhnungsbehandlung an einer Raucherentwöhnung teilzunehmen?

- ja
- nein

**Fragen für Nichtraucher**

(1) Haben Sie **früher** einmal regelmäßig geraucht?

ja

nein

(2) Was sind Ihre **persönlichen Gründe** dafür, nicht zu rauchen?

gesundheitliche Risiken

schmeckt mir nicht

Rücksicht auf Partner / Angehörige

finanzielle Gründe

andere Gründe:

(3) Wie groß sehen Sie für sich die **Gefahr**, (wieder) mit dem Rauchen anzufangen?

Keine Gefahr    -3   -2   -1   0   +1   +2   +3   erhebliche Gefahr

(4) Fühlen Sie sich durch das Rauchen Ihrer Angehörigen belästigt?

ja

nein

(5) Fühlen Sie sich durch das Rauchen Ihrer Arbeitskollegen belästigt?

ja

nein