

Beratung am:

Rauchersprechstunde an der Thoraxklinik

1) Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____ Station: _____

Strasse: _____ Ort: _____

Telefon: _____

2) Wie lange rauchen Sie schon ? _____ Jahre

In welchem Alter haben Sie mit dem Rauchen angefangen ? _____ Jahre

3) Wie viel rauchen Sie durchschnittlich pro Tag? _____ Zigaretten/Tag
 _____ Zigarren, Zigarillos/Tag
 _____ Pfeifen/Tag

4) Rauchen Sie auch andere Tabakprodukte ? ja _____ nein

5) Haben Sie schon einmal einen Rauchstoppversuch durchgeführt ? (min. 1 Woche)?

ja nein Wie oft? _____

Länge der rauchfreien Zeit? _____

Wann war der letzte Rauchstopp-Versuch? _____

6) Was war der Anlass für den Wiederbeginn? _____

7) Welche Hilfsmittel haben Sie bei vergangenen Aufhörversuchen benutzt?

| | | | | | |
|----------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Keine | <input type="checkbox"/> | E-Zigarette | <input type="checkbox"/> | | |
| Nikotinplaster | <input type="checkbox"/> | Bupropion | <input type="checkbox"/> | Buch | <input type="checkbox"/> |
| Nikotinkaugummi | <input type="checkbox"/> | Akupunktur | <input type="checkbox"/> | Broschüre | <input type="checkbox"/> |
| Nikotinlutschette | <input type="checkbox"/> | Hypnose | <input type="checkbox"/> | Gruppenprogramm | <input type="checkbox"/> |
| Nikotinmicrotablette | <input type="checkbox"/> | Champix | <input type="checkbox"/> | Weiteres _____ | |
| Nikotinspray | <input type="checkbox"/> | | | | |

8) Aus welchen Gründen haben Sie jetzt beschlossen, mit dem Rauchen aufzuhören?

Beratung am:
9) Fagerström Test:

| Fagerström-Test | Antwort | Punkte |
|---|----------------------|--------|
| Wann nach dem Aufstehen rauchen Sie Ihre erste Zigarette? | innerhalb von 5 Min. | 3 |
| | 6 bis 30 Minuten | 2 |
| | 31 bis 60 Minuten | 1 |
| | nach 60 Minuten | 0 |
| Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist (z.B. Kirche, Bücherei, Kino usw.) das Rauchen zu unterlassen? | ja | 1 |
| | nein | 0 |
| Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen? | die erste am Morgen | 1 |
| | andere | 0 |
| Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Allgemeinen pro Tag? | bis 10 | 0 |
| | 11 bis 20 | 1 |
| | 21 bis 30 | 2 |
| | 31 und mehr | 3 |
| Rauchen Sie am Morgen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages? | ja | 1 |
| | nein | 0 |
| Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen? | ja | 1 |
| | nein | 0 |
| Ihre Punkteanzahl | | |

Ergebnis:

0 bis 2 Punkte: stellt keine bzw. eine nur sehr geringe Nikotinabhängigkeit dar

3 bis 4 Punkte: geringe Nikotinabhängigkeit

5 bis 10 Punkte: mittlere (5-6) bis hohe (7-10) Nikotinabhängigkeit

Fragen zur Selbsteinschätzung zum Rauchstopp

1. Wie wichtig ist es Ihnen aktuell, mit dem Rauchen aufzuhören?

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|-------------------|---|------------------|---|---------|---|--------------|---|----------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Überhaupt nicht | | Irgendwie wichtig | | Ziemlich wichtig | | wichtig | | Sehr wichtig | | extrem wichtig |

2. Wie sehr trauen Sie sich zu, dass Sie es schaffen könnten / wie fähig halten Sie sich dafür ?

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|-----------------|---|----------------|---|-------|---|------------|---|--------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Überhaupt nicht | | Irgendwie fähig | | Ziemlich fähig | | fähig | | Sehr fähig | | Extrem fähig |

3. Wie bereit sind Sie jetzt, mit dem Rauchen aufzuhören?

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|------------------|---|-----------------|---|--------|---|-------------|---|---------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Überhaupt nicht | | Irgendwie bereit | | Ziemlich bereit | | bereit | | Sehr bereit | | Extrem bereit |

Beratung am:

Rauchersprechstunde der Thoraxklinik

Infos für die Raucherin / den Raucher

Empfohlene Unterstützung:

Medikation: _____

Gruppenprogramm

- 1.) *Jochen Kaufmann*
Heilpraktiker für Psychotherapie (HPG)
Kantstr. 14
74211 Leingarten
Telefon: 07131-4059350
E-Mail: sekretariat@raucherentwohnung-nichtraucher.de
www.raucherentwohnung-nichtraucher.de

oder

- 2.) *Suchtberatung Heidelberg*
Herr Knaven
Bergheimer Strasse 127/1
69115 Heidelberg
Telefon: 06221/29051
Email: suchtberatung-heidelberg@agi-freiburg.de
www.suchtberatung-heidelberg.de

Kontaktadresse:

Dr. Claudia Bauer-Kemény
Thoraxklinik Heidelberg
Röntgenstrasse 1
69126 Heidelberg
Tel. 06221/396-8217
Fax. 06221/396-1212
Email: claudia.bauer@med.uni-heidelberg.de