

Endlich Rauchfrei!

Herzlichen Glückwunsch zu Ihrem Entschluss, sich vom Rauchbedürfnis zu befreien.



In Vorbereitung auf unsere Sitzung füllen Sie bitte diesen Fragebogen aus und senden ihn per Post / Mail wieder zurück.

Bitte beim Ausfüllen beachten:

- es gibt keine richtigen oder falschen Antworten
- schreiben Sie nur Ihre Antworten auf, nicht das, was Sie meinen, „sagt“ man so
- schreiben Sie genau das auf, was Ihnen als Erstes in den Sinn kommt
- beantworten Sie auch scheinbar belanglose Fragen gewissenhaft
- bleiben Sie neugierig, was schon nach dem Ausfüllen mit Ihrem Rauchbedürfnis passiert

Name _____ Alter _____

Beruf _____ Vollberufstätig teilweise berufst.

Ihre 1. Zigarette: Wann? (Alter) _____ Wie war das? Gut? Super? Eklig

Wie war die Situation bzw. der Anlass für die erste Zigarette?

Seit wann rauchen Sie regelmäßig? _____ Wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Wann rauchen Sie weniger? _____

Wann rauchen Sie mehr? _____

Haben Sie bereits versucht, das Rauchen einzustellen? Ja, mehrfach Nein

Fällt es Ihnen in Gemeinschaft leichter nicht zu rauchen oder beim Alleinsein?

Haben Sie sich bereits helfen lassen? (Bücher, Freunde, Therapeuten)?

Gab es Unterbrechungen des Rauchens, warum, wie lange? (schwanger, krank usw.?)

1. Unterbrechung wann/ von bis _____ Warum? _____

2. Unterbrechung wann/ von bis _____ Warum? _____

3. Unterbrechung wann/ von bis _____ Warum? _____

Welche Marken rauchen Sie? _____

Was rauchen Sie, wenn diese Marke nicht verfügbar ist? _____



Renate Richter
Heilpraktikerin Psychotherapie

Zepernicker Landstraße 25
16321 Bernau bei Berlin

www.ganzgesundsein.de
endlich@ganzgesundsein.de

Mineralstoffberatung und Antlitzanalyse nach Dr. Schüssler
Systemische Hypnose-therapie – Physikalische Gefäßtherapie Bemer®

Was ist schlimmer: keine Zigaretten zur Hand oder kein Feuer zum Anzünden?

Schreiben Sie fünf negative Worte auf, die Ihnen in Zusammenhang mit dem Rauchen einfallen:

Schreiben Sie fünf positive Worte auf, die Ihnen in Zusammenhang mit dem Rauchen einfallen:

In welchen Situationen rauchen Sie am liebsten?

(Morgenkaffee, Auto, Toilette, Freunde, Alkohol, Fernsehen, Streit, Stress usw...)

Wie schwer erscheint diese Situation ohne Zigarette? Skala: 0= nicht schwer – 5= sehr schwer

In welchen Situationen können Sie einfach(er) auf die Zigarette verzichten?

(Arbeit, Beisein von Kindern/ Chef, Kranksein usw...)

In welchen Situationen finden Sie es unmöglich, dass Sie derzeit noch Raucher sind?

(Kranksein, lange Flüge usw. ...)

Schreiben Sie fünf negative Worte auf, die Ihnen für das Nicht Rauchen einfallen:

Schreiben Sie fünf positive Worte auf, die Ihnen für das Nicht Rauchen einfallen:

In welchen Situationen wären Sie froh, kein Rauchbedürfnis zu haben?
(Kranksein, lange Flüge usw. ...)

Wie viele Euro geben Sie monatlich für das Rauchen aus? _____

Welchen Wunsch würden Sie sich mit dem Geld erfüllen? _____
Kennen Sie den Spruch: Man gönnt sich ja sonst nichts? Was würden Sie sich gönnen?

Welche Vorteile hat das Rauchen für Sie? Was fühlen Sie, wenn Sie geraucht haben?

Welche Nachteile hat das Rauchen für Sie? Was fühlen Sie, wenn Sie geraucht haben?

Welche körperlichen Symptome oder Beeinträchtigungen haben Sie, die Sie auf das Rauchen zurückführen? Wie stark fühlen Sie sich beeinträchtigt? Skala von 0= nicht bis 5 = stark (z.B. Husten, Luftnot, Schlafstörung, Schleim, Leistungsabfall, erhöhten Kaffeedurst usw.)

Schreiben Sie alles auf, was Ihnen jetzt spontan einfällt, auch Kleinigkeiten!
Stellen Sie sich vor, Sie rauchen nicht mehr. Woran würden Sie merken, dass es so einfach besser ist; dass das nicht Rauchen wirklich auch das ist, was Sie wollten?

Wer freut sich noch darüber/ wird davon profitieren, wenn Sie nicht mehr rauchen?

Wer oder was würde Sie unterstützen, beim nicht Rauchen?

Wer oder was würde es Ihnen schwer machen, nicht zur Zigarette zu greifen?

Welche Situation können Sie sich heute noch überhaupt nicht ohne Zigarette vorstellen?

Kennen Sie Hypnose?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Waren Sie bereits wissentlich hypnotisiert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Vorbehalte gegenüber einer Hypnose?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schliessen Sie für sich eine Hypnose aus?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Zu Ihrer eigenen Sicherheit legen Sie bitte folgendes offen:

Befinden Sie sich derzeit in laufender medizinischer Behandlung? Wenn ja, in welcher? Nein

Leiden Sie unter körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen und Störungen? Nein

Nehmen Sie derzeit Medikamente, wenn ja: welche Nein

Zur Beachtung: Ich diagnostiziere keine Krankheiten und behandle keine Symptome. Laufende Therapien und pathologische Symptome sind vor der Sitzung offenzulegen. Alle Angaben sind selbstverständlich absolut vertraulich. Ich unterliege der Schweigepflicht z.B. gegenüber Krankenkassen, Versicherungen, Angehörigen usw. Ich arbeite unter Supervision des Instituts für klinische Hypnose in Zug/Schweiz und behalte mir das Recht vor, Klienten im Bedarfsfall an Spezialisten zu verweisen.

Auf unser baldiges Treffen freue ich mich.

Sollten Sie noch Fragen haben, zögern Sie nicht und senden eine Mail.

Renate Richter
Heilpraktikerin Psychotherapie

Zepernicker Landstraße 25
16321 Bernau bei Berlin

www.ganzgesundsein.de
endlich@ganzgesundsein.de

Mineralstoffberatung und Antlitzanalyse nach Dr. Schüssler
Systemische Hypnosetherapie – Physikalische Gefäßtherapie Bemer®