

Rauchgewohnheiten

Name:

Datum:

Bitte stichwortartig und kurz antworten. Danke!

1. Wann haben Sie begonnen regelmäßig zu rauchen?
2. In welchem Alter (ungefähr) haben Sie zum ersten Mal geraucht?
3. Zu welcher Tageszeit rauchen Sie am meisten?
4. Wann schmeckt Ihnen eine Zigarette am besten?
5. Haben Sie schon versucht mit dem Rauchen aufzuhören? Wie oft?
6. Wenn ja: Wie lange waren Ihre Versuche erfolgreich?
7. Warum haben Sie wieder mit dem Rauchen angefangen?
8. Welches sind Ihre drei Hauptgründe dafür, das Rauchen aufzugeben?
 - A
 - B
 - C

9. Welches ist im Moment Ihr Hauptgrund fürs Rauchen?

10. Aus welchem Grund fühlen Sie sich nicht in der Lage, sofort mit dem Rauchen aufzuhören?

11. An welchem Tag (Datum) würden Sie gern mit dem Rauchen aufhören?

12. Zählen Sie die Personen auf, die sich über Ihr Nichtrauchen freuen oder denen es gut tun wird.

13. Schreiben Sie die drei Ängste auf, die Ihnen beim Gedanken an das Weiterräumen in den Sinn kommen.

A

B

C

14. Haben Sie vielleicht vor dem Aufhören Ängste? Wenn ja, welche?

Bitte geben Sie an, wie zuversichtlich Sie sind, in den folgenden Situationen nicht zu rauchen.
Danke!

**1 = gar nicht zuversichtlich, 2 = wenig zuversichtlich, 3 = einigermaßen zuversichtlich,
4 = zuversichtlich, 5 = völlig zuversichtlich**

Wenn Sie sich in geselliger Runde befinden und Alkohol trinken:	1—2—3—4—5
Wenn Sie ängstlich und nervös sind:	1—2—3—4—5
Wenn Sie sich nach einer eher unangenehmen Tätigkeit belohnen wollen:	1—2—3—4—5
Wenn Sie Hungergefühle dämpfen möchten:	1—2—3—4—5
Wenn Sie Ihre Konzentration steigern wollen:	1—2—3—4—5
Wenn Sie sehr verärgert über etwas oder jemanden sind:	1—2—3—4—5
Wenn Sie spüren, dass Sie eine Aufmunterung brauchen:	1—2—3—4—5
Wenn Sie morgens gerade aufstehen:	1—2—3—4—5
Wenn Sie sich überarbeitet und gestresst fühlen und sich entspannen wollen:	1—2—3—4—5
Wenn Ihnen bewusst wird, dass Sie eine Weile nicht geraucht haben:	1—2—3—4—5
Wenn Sie mit Partner/in oder Freund/in zusammen sind und er/sie raucht:	1—2—3—4—5

Wie stark ausgeprägt ist ihre Absicht aufzuhören? (1 = sehr schwach bis 5 = sehr stark)	1—2—3—4—5
Wie sicher sind Sie, dass Sie es schaffen aufzuhören? (1 = sehr unsicher bis 5 = sehr sicher)	1—2—3—4—5
Wie zwiespältig sind Ihre Gefühle bei dem Gedanken, nie mehr zu rauchen? (1 = gar nicht zwiespältig bis 5 = sehr zwiespältig)	1—2—3—4—5
Fühlen Sie sich von Familie/Freunden in Ihrem Aufhörvorhaben unterstützt? (1 = gar nicht bis 5 = sehr)	1—2—3—4—5