



Raucherentwöhnung Anamnesebogen zum Ausfüllen

Personendaten

Name, Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail:

Anamnese

Warum möchten Sie aufhören zu rauchen?

Wieviel Zigaretten rauchen Sie über den Tag verteilt?

Wann rauchen Sie Ihre erste Zigarette?

Welche Zigarette im Verlauf des Tages ist Ihnen am wichtigsten?

Wie alt waren Sie, als Sie zu rauchen anfangen?

Seit wieviel Jahren rauchen Sie?

Was war der Grund dafür, dass Sie angefangen haben zu rauchen?

Haben Ihre Eltern geraucht?

Haben Sie früher schon versucht, mit dem Rauchen aufzuhören? Wenn ja, wie häufig und mit welchem Erfolg?

Finden Sie es schwierig, Rauchverbote (Flugzeug, Kino, Arbeit) einzuhalten?

Geraten Sie in Panik, wenn Sie keine Zigarette zur Verfügung haben? Was tun Sie, wenn Sie bemerken, dass Ihre Zigaretten zur Neige gehen und Sie keine Ersatzschachtel mehr haben?

Welche Ritual-Zigaretten, also Zigaretten, die in festem Zusammenhang mit einer Tätigkeit, einer Situation stehen, gibt es?

Was macht Ihnen am meisten Angst, wenn Sie ans Aufhören denken?

Was bestärkt Sie mit dem Rauchen aufhören zu wollen? Was könnte Ihnen neben der Hypnose als Unterstützung dienen?

Unterstützt Sie jemand beim Aufhören?

Raucht Ihre Partnerin/ihr Partner oder andere Menschen in Ihrem Umfeld?

Bitte kreuzen Sie an, wie zuversichtlich Sie heute sind, in den folgenden Situationen aus eigener Kraft nicht zu rauchen:

(1 = überhaupt nicht zuversichtlich; 2 = wenig zuversichtlich; 3 = einigermaßen zuversichtlich; 4 = zuversichtlich; 5 = völlig zuversichtlich)

In geselliger Runde mit Alkohol:	1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 ---
Bei Angst und Nervosität:	1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 ---
Bei Ärger über etwas oder jemanden:	1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 ---
Bei Konzentrationsverlust:	1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 ---
Wenn Sie sich für etwas belohnen wollen:	1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 ---
Bei Stress, um sich zu entspannen:	1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 ---
Wenn Sie Pause machen:	1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 ---
Bei Hungergefühlen:	1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 ---
Nach dem Essen:	1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 ---
Wenn Sie morgens aufstehen:	1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 ---

Gesundheitliche Situation:

Bestehen derzeit noch anderen aktuelle gesundheitliche oder emotionale Probleme oder gesundheitliche Sondersituationen (z.B. Schwangerschaft)?

Werden zur Zeit Medikamente eingenommen (bitte alle angeben)? Wie werden diese vertragen? Sind Nebenwirkungen bekannt?

Fragen zur Hypnose

Wurden Sie schon einmal hypnotisiert? Wenn ja, wie war das, wie ist die Kollegin/der Kollege vorgegangen?

Haben Sie selbst Kenntnisse bezüglich Therapie- oder Coaching-Methoden oder in einer meditativen Anwendung (NLP, Mentaltraining, Selbsthypnose, Yoga u.ä.) und dadurch ggf. auch Trance-Erfahrung?

Sind Sie bereits über einen Ablauf einer Hypnose-Behandlung informiert und wissen Sie, worauf Sie selbst dabei achten sollten? (siehe Aufklärungsbogen für Neuklienten)

Wie stellen Sie sich eine Hypnosebehandlung nach Ihren aktuellen Kenntnissen vor?

Gibt es etwas, was der Behandler besonders beachten sollte (sollte er etwas unbedingt tun oder sollte er etwas unbedingt vermeiden)?

Wenn Sie sich bereits in einer anderen ärztl. oder therapeutischen Behandlung (z.B. Psychotherapie) befinden:

Sprechen Sie mit ihrem Behandler und holen Sie sich seine Einwilligung, dass im derzeitigen Moment eine Hypnose-Behandlung durchgeführt werden darf.

Mit Ihrer Unterschrift sichern sie zu, die Einwilligung eingeholt zu haben.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben und bin mir bewusst, dass fehlerhafte Angaben die Wirkung der Hypnosebehandlung beeinträchtigen können. Ich verstehe, dass keine Heilung versprochen wird und keine ärztliche Behandlung ersetzt wird.

Unterschrift des Klienten

Unterschrift des Behandlers