



Anamnesebogen / Raucherentwöhnung

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

Sie haben sich entschlossen, mit dem Rauchen aufzuhören? Ihr Entschluss und der Wille, Ihre Gewohnheiten zu ändern, sind das Fundament und der Motor unserer gemeinsamen Arbeit. Mit diesem sehr detaillierten Fragebogen und unserem Gespräch können wir Ihr persönliches Raucherprofil erstellen und eine individuelle Therapieplanung für Sie erarbeiten. Meistens kommen die Patienten ungefähr vier Mal. Es ist sinnvoll, den zweiten Termin nach sieben Tage anzusetzen, dann nach einem Monat und einem halben Jahr. Aber dieses Schema lässt sich bedarfsgerecht sowohl ausweiten als auch reduzieren. Folgende therapeutische Verfahren verwende ich zur Raucherentwöhnung.

In der **Chinesischen Medizin** wird durch Akupunktur und/oder chinesische Kräutertherapie der Stress gelindert, den Ihnen die Umstellung Ihrer Gewohnheiten bereitet. Je entschlossener und aber gleichzeitig je entspannter Sie an Ihr Vorhaben gehen, desto eher wird es gelingen. Viele Studien haben gezeigt, dass chinesische Medizin die Zahl der erfolgreichen Raucherentwöhnungen steigert.

Mithilfe der **Hypnotherapie** kann man schauen, ob spezielle, eventuell unbewusste Hindernisse auf Ihrem Weg zum Nichtraucher liegen und Lösungen dafür erarbeiten. Außerdem werden wir Ihre Stärken und Ihre besonderen Fähigkeiten für den Weg zum dauerhaften Nichtraucher suchen und Ihnen als Schlüsselhelfer zur Seite stellen. Diese Art der Arbeit ist besonders hilfreich, wenn Sie mit dem Zwist zu kämpfen haben, dass Sie vom Kopf her die Vorteile des Nichtrauchens kennen und sich sogar bewusst dafür entschieden haben, aber Ihnen irgendwie/irgendwas in den entscheidenden Situationen dagegen arbeitet.

In der Regel arbeite ich mit einer **Kombination** aus Hypnose, Akupunktur und manchmal chinesischen Kräuterrezepturen, um innere Blockaden zu lösen und Anspannung zu vermindern. Zusätzlich gibt es Akutmittel für „Gefährdungssituationen“. So haben Sie eine stabile und breite Wegflankierung zum Erreichen Ihres Zieles, dauerhaft Nichtraucher zu sein. Manche Patienten haben allerdings eine Vorliebe für bestimmte therapeutische Verfahren (nur Akupunktur oder nur Hypnose). Sprechen Sie deshalb auf jeden Fall Ihre Vorstellungen und gegebenenfalls Fragen an, damit wir den passenden Weg für Sie finden.

Um das ärztliche Gespräch und die Behandlung vorzubereiten, nehmen Sie sich bitte die Zeit und beantworten in Ruhe die folgenden Fragen und bringen Sie bitte auch wichtige Arztbriefe und Befunde mit.

Vielen Dank!

Name, Vorname:

Geburtsdatum, -ort, wenn bekannt auch die Zeit:

Adresse:

Beruf:

Tel.-Nr: (Festnetz):

Tel.-Nr: (Mobil):

Email-Adresse:

Wer hat sie empfohlen?

Krankenversicherung:

feste Partnerschaft ledig verwitwet Kinder: Nein Ja, Anzahl:

Gibt es bei Ihnen Erkrankungen, die mit dem Rauchen zu tun haben?

Haben Sie andere Erkrankungen unabhängig vom Rauchen?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, wenn ja welche?

Welche dieser Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt? Z.B. Bluthochdruck, Übergewicht, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen, Herzinfarkt, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen der Beine, Krebs der wahrscheinlich durch Rauchen verursacht wurde, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Lungenemphysem, Asthma, Rauchen, Alkoholismus, andere Suchterkrankungen, Depression, Ängste, Zwänge, Selbstmord, Todesfälle unter 60 Jahren, o.ä.

Mutter:

Vater:

Großeltern mütterlicherseits:

Großeltern väterlicherseits:

Geschwister, Onkel, Tanten:

Bei der Beantwortung der folgenden Fragen bitte die zutreffende Zahl ankreuzen

1 = nein/ nie

2 = leicht/ gelegentlich

3 = stärker/ häufig

4 = ausgeprägt/ ständig/ sehr oft

Lebensführung

Arbeiten Sie zu viel?	1 2 3 4	Alkohol	1 2 3 4
Treiben Sie Sport?	1 2 3 4	Kaffee	1 2 3 4
Süßigkeiten	1 2 3 4		
Essen Sie regelmäßig?			1 2 3 4
Emotionale Belastungen			1 2 3 4
Leiden Sie unter Stress?			1 2 3 4
Computer/Fernsehen/Smartphone/Tablet			Std./Tag_____
Haben Sie ein Hobby, was Ihnen Freude macht? Wenn ja, welches?			

Schlafgewohnheiten:

Leiden Sie unter Einschlafstörungen	1 2 3 4
Leiden Sie unter Durchschlafstörungen	1 2 3 4
Brauchen Sie viel Schlaf	1 2 3 4
Sind Sie tagsüber müde	1 2 3 4
Leiden Sie unter Alpträumen	1 2 3 4
Sind Sie ein Morgenmuffel	1 2 3 4
Leiden Sie unter nächtlicher Unruhe	1 2 3 4

Emotionen

Neigen Sie zu übertriebener Selbstkritik	1 2 3 4
Machen Sie sich viele Sorgen, Kopfzerbrechen	1 2 3 4
Sind Sie häufig lethargisch, träge	1 2 3 4
Sind Sie häufig traurig	1 2 3 4
Erschöpft durch Trauer und Kummer	1 2 3 4
Sind Sie unruhig, ängstlich	1 2 3 4
Haben Sie gelegentlich „Blackouts“	1 2 3 4
Haben Sie Gedächtnisstörungen	1 2 3 4
Neigen Sie zu Reizbarkeit	1 2 3 4
Kloßgefühl im Hals vor Ärger	1 2 3 4
Können Sie sich gut entspannen	1 2 3 4
„ich bin zufrieden“, stimmt das?	1 2 3 4

Wie viele Zigaretten/ e-Zigaretten/ Pfeifen rauchen Sie pro Tag?

Rauchen Sie zusätzlich auch Marihuana oder Haschisch?

Wie alt waren Sie, als Sie mit dem Rauchen begonnen haben?

Warum haben Sie damals angefangen?

Haben Ihre Eltern oder andere wichtige Menschen in Ihrer Umgebung geraucht?

In welchem Zeitraum nach dem Erwachen rauchen Sie ihre erste Zigarette?

Rauchen Sie, wenn Sie eine Erkältung haben oder aus anderen Gründen krank im Bett liegen?

Wie kommen Sie mit Rauchverboten (öffentliche Gebäude, Kino, Flugzeug, etc.) zurecht?

Wie geht es Ihnen, wenn Sie Ihre Zigaretten vergessen haben oder Ihre Schachtel zu Ende geht und Sie nichts mehr im Haus haben? Was tun Sie dann?

Die meisten Raucher haben Ritual-Zigaretten, das meint Zigaretten, die in festem Zusammenhang mit einer Tätigkeit (z.B. zum Kaffee, in der Pause, abends zum Bier/Wein, beim Fußballgucken...) stehen. Bitte beschreiben Sie Ihre Rauchrituale.

Welche Zigarette ist Ihnen im Verlaufe des Tages am allerwichtigsten?

In welchen Stimmungen oder Situationen rauchen Sie besonders viel?

Haben Sie früher schon einmal mit dem Rauchen aufgehört? Wie oft und für wie lange und was hat Ihrer Ansicht zum Rückfall geführt?

Warum möchten Sie aufhören zu rauchen?

Ist es Ihr eigener Entschluss oder probieren Sie die Therapie, um jemandem eine Freude zu machen/ nicht zu enttäuschen oder weil Sie es geschenkt bekommen haben?

Wo liegt Ihre größte Angst, wenn Sie an die rauchfreie Zeit denken?

Was motiviert Sie, mit dem Rauchen aufzuhören? Was könnte Sie neben der Behandlung hier noch unterstützen?

Haben Sie noch Rauchutensilien bei sich zu Hause oder am Arbeitsplatz?

Wie überzeugt sind Sie, dass Sie es schaffen können? (0-100%)

Wer aus Ihrem Umfeld unterstützt Sie beim Aufhören und in welcher Form?

Gibt es Menschen, die es nicht so sehr begrüßen werden, wenn Sie nicht mehr rauchen?

Wann soll Ihre letzte Zigarette geraucht werden oder wann haben Sie Ihre letzte Zigarette geraucht?

Gibt es noch etwas Wichtiges zum Verständnis Ihres Anliegens, was bisher noch nicht angesprochen wurde?