

AVOS-FAX: 0662 /88 75 88 -16

SALZBURG RAUCHFREI!

Fragebogen zum persönlichen Rauchverhalten

Arztstempel: _____

Datum: _____

Nachname: Vorname:

Adresse:

Telefon: Geburtsdatum:

E-Mail: Größe: Gewicht: $\frac{\text{kg}}{\text{m}^2}$

BMI

Wo stehen Sie zur Zeit?

1. Rauchen Sie derzeit regelmäßig? Nein Ja  Wie viele Zigaretten pro Tag? **Stück/Tag**

2. Wie viele Jahre rauchen Sie regelmäßig (abzüglich rauchfreie Monate/Jahre)? **Jahre**
↳ Wie alt waren Sie, als Sie zu rauchen begonnen haben? _____ Jahre

3. Wie oft haben Sie im letzten Jahr ernsthaft versucht, mit dem Rauchen aufzuhören (mind. 24 h lang)?
 x aufgehört

4. Haben Sie bei Ihren vergangenen Aufhörversuchen Hilfsmittel (z.B. Medikamente/Beratung) verwendet?
 Ja Nein

5. Welche der folgenden Aussagen trifft am besten auf Sie zu? (BITTE ANKREUZEN)

„Ich habe nicht vor, in der nächsten Zeit (nächsten 6 Mon.) mit dem Rauchen aufzuhören.“ **Stadium:** „nein, danke“

„Ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten mit dem Rauchen aufzuhören.“ „ja, aber...“

„Ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen mit dem Rauchen aufzuhören.“ „ja, bitte!“

Wie stark ist Ihre körperliche Abhängigkeit vom Rauchen?

6. Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette...?

- innerhalb von 5 Minuten (3 Punkte) innerhalb 31 bis 60 Minuten (1 Punkt)
 innerhalb 6 bis 30 Minuten (2 Punkte) nach einer Stunde (0 Punkte)

7. Finden Sie es schwierig, das Rauchen zu unterlassen, wenn es verboten ist (z.B. Kino, Kirche, Bücherei)?

- Ja (1 Punkt) Nein (0 Punkte)

8. Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?

- die erste am Morgen (1 Punkt) andere Zigaretten (0 Punkte)

9. Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Allgemeinen pro Tag?

- 10 oder weniger Stück (0 Punkte) 21 bis 30 Stück (2 Punkte)
 11 bis 20 Stück (1 Punkt) mehr als 30 Stück (3 Punkte)

10. Rauchen Sie in den ersten Stunden nach dem Aufstehen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?

- Ja (1 Punkt) Nein (0 Punkte)

11. Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?

- Ja (1 Punkt) Nein (0 Punkte)

Summe
der Punkte:

FTND

Messung CO-Wert: _____

12. Welche Hilfsmittel haben Sie bei Ihren vergangenen Aufhörversuchen benutzt (mehrfache Nennungen möglich)?

- Nikotin-Pflaster Akupunktur/Akupressur
 Nikotin-Kaugummi oder Nikotin-Tabletten Hypnose
 Nikotin-Inhalator Gruppenprogramm
 Nikotin-Nasenspray Einzelberatung
 Zyban® Buch/Broschüre
 Champix® Sonstiges: _____

Ja Nein Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten elektronisch erfasst und für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet werden

Ja Nein Ich bin damit einverstanden, dass ich vom wissenschaftlichen Team nach 6 Monaten kontaktiert werde.

Name in Blockschrift

Unterschrift des Rauchers/der Raucherin