

Vorbereitung (bitte zur Behandlung mitbringen)

Zu-, Vorname..... Geburtsdatum.....Alter.....

PLZ/Stadt/Straße/Nr.....

Telefon.....

Ich rauche seit dem.....Lebensjahr Pro Tag.....Schachteln Zigaretten. Kostet pro Woche.....€

Ich trinke pro Tag:Flaschen Bier.....Gläser Wein..... Gläser Schnapsl Wasser.Tassen Tee/Kaffee

Ich rauche, weil.....

Meine Suchtkarriere begann durch

Ich möchte aufhören, weil.....

Ich ekle mich vor.....

Ich habe durch das Rauchen...	Alternativen zum Rauchen...

Rauchen Sie Ihre erste Zigarette in den ersten 30 Minuten nach dem Aufstehen?	Ja / nein
Spüren Sie das Verlangen, in bestimmten Situationen zu rauchen? Welche ?	
Fällt es Ihnen schwer, mehrere Stunden ohne Zigarette auszukommen?	Ja / nein
Rauchen Sie, auch wenn Sie sich erkältet fühlen oder erkältet sind?	Ja / nein
Opfern Sie Zeit und Energie, um an Zigaretten zu kommen? - auch nachts	Ja / nein
Gibt es eine Zigarette, auf die Sie nur schwer verzichten können? Welche ?	
Ich habe schon.....x aufgehört, folgende Methoden versucht.....	

Ich will aufhören zu Rauchen

Unterschrift