



Name: _____ Vorname: _____ Geb.dat. _____

A) Fragen zum Rauchverhalten

1. Wie alt waren Sie, als Sie das Rauchen angefangen haben? _____ Jahre
2. Wie viele Zigaretten haben Sie in den Folgejahren im Durchschnitt pro Tag geraucht?
- Rauchfreie Jahre bitte mit „0“ Zigaretten dokumentieren.
(Manchmal ist es einfacher, diese Frage vom heutigen Stand aus „rückwärts“ zu beantworten.
Wie lange rauchen Sie schon ihre aktuelle Zigarettenzahl pro Tag; wie lange haben Sie davor
wie viele geraucht; wie lange davor wie viele, etc.)

Im Alter von _____ Jahren bis _____ Jahren _____ Zig/Tag
Im Alter von _____ Jahren bis _____ Jahren _____ Zig/Tag
Im Alter von _____ Jahren bis _____ Jahren _____ Zig/Tag
Im Alter von _____ Jahren bis _____ Jahren _____ Zig/Tag
Im Alter von _____ Jahren bis _____ Jahren _____ Zig/Tag
Im Alter von _____ Jahren bis _____ Jahren _____ Zig/Tag
3. Wie viele Zigaretten rauchen Sie **aktuell** durchschnittlich pro Tag? _____ Zig/Tag
4. Wie stark würden Sie Ihr Verlangen nach Zigaretten **in den letzten 3 Tagen** einstufen?

1	2	3	4	5	6
gar nicht	wenig	eher wenig	eher stark	stark	sehr stark
5. Wie viele **ernstgemeinte** Versuche haben Sie bislang insgesamt unternommen, das Rauchen aufzugeben? _____ Versuche
6. Wie lange war dabei die **längste rauchfreie Zeit**? _____ Monate
(jemals bei allen bisherigen Versuchen)
7. Wann war Ihr **letzter** ernstgemeinter Aufhörversuch (Monat/Jahr)? _____ MM/JJJJ
8. Wie lange waren Sie beim **letzten Versuch** rauchfrei? _____ Monate

9. Haben Sie jemals nach dem Rauchstopp Entzugssymptome festgestellt? ☐ nein ☐ ja
(z. B. Nervosität, Gereiztheit, Schlafstörung, unwiderstehliches Verlangen zu rauchen, vermehrte Nahrungsaufnahme, Konzentrationsstörungen)
10. In welcher Situation haben Sie nach dem letzten Rauchstopp wieder angefangen zu rauchen?

11. Welche Unterstützung/Hilfen haben Sie bei den bisherigen Rauchstopp-Versuchen in der Vergangenheit in Anspruch genommen? (mehrere Antworten möglich)
 - Hypnose ☐ nein ☐ ja
 - Akupunktur ☐ nein ☐ ja
 - Medikamente:
 - Nikotinersatz (z. B. Pflaster, Kaugummi, Nasenspray) ☐ nein ☐ ja
 - Bupropion (z. B. Zyban®) ☐ nein ☐ ja
 - Vareniclin (z. B. Champix®) ☐ nein ☐ ja
 - Andere Medikamente: (welche) _____ ☐ nein ☐ ja
 - Verhaltenstherapie ☐ nein ☐ ja
 - Andere Unterstützung: (welche) _____ ☐ nein ☐ ja
12. Wie waren Ihre Erfahrungen damit?

13. Nehmen Sie aktuell Medikamente zur Tabakentwöhnung ein? ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, welche? _____



B) Fragen zum sozialen Umfeld

- Wer in Ihrer Familie hat früher geraucht oder raucht aktuell?

	früher	aktuell
☐ Partner/Partnerin	☐	☐
☐ Eltern	☐	☐
☐ Kinder	☐	☐
- Wie viele Personen leben außer Ihnen noch in Ihrem Haushalt? _____ Pers.
- Wie viele dieser Personen sind Raucher? _____ Raucher
- Rauchen Sie selbst in Ihrer Wohnung? ☐ nein ☐ ja
- Rauchen andere Personen in Ihrer Wohnung? ☐ nein ☐ ja
- Ist bei Ihnen an der Arbeitsstelle das Rauchen erlaubt? ☐ nein ☐ ja

☐ Ich bin berentet.	☐ Ich habe aktuell keine Arbeit.
---	--
- Haben Sie in Ihrer Freizeit häufig Kontakt zu Rauchern? ☐ nein ☐ ja
- Wie viel Prozent Ihres Freundes- oder Bekanntenkreises rauchen schätzungsweise?

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %

C) Fragen zum Rauchstopp

- Wie stark ist aktuell ihr Wunsch, das Rauchen aufzuhören?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Überhaupt nicht				Eher nicht	Eher stark				extrem stark
- Wenn Sie – nur mal angenommen – das Rauchen aufhören würden, wie sehr trauen Sie sich zu, dass Sie es auch schaffen könnten?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Überhaupt nicht				Eher nicht	Eher gut				Sehr, sehr gut

D) Fagerström-Test

- Wann rauchen Sie Ihre erste Zigarette nach dem Aufwachen?

Innerhalb von 5 min	☐	3 Punkte
Nach 6 – 30 min	☐	2 Punkte
Nach 31 – 60 min	☐	1 Punkt
Später als 60 min	☐	0 Punkte
 - Finden Sie es manchmal schwierig, auf das Rauchen zu verzichten an Orten, wo es verboten ist (z. B. in der Kirche, im Kino, in der Bücherei etc.)?

Ja	☐	1 Punkt
Nein	☐	0 Punkte
 - Auf welche Zigarette würden Sie am wenigsten verzichten wollen?

Die erste Zigarette am Morgen	☐	1 Punkt
Jede andere Zigarette	☐	0 Punkte
 - Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?

≤10	☐	0 Punkte
11 – 20	☐	1 Punkt
21 – 30	☐	2 Punkte
≥ 31	☐	3 Punkte
 - Rauchen Sie in den ersten Stunden nach dem Aufstehen mehr als während des restlichen Tages?

Ja	☐	1 Punkt
Nein	☐	0 Punkte
 - Rauchen Sie auch wenn Sie krank sind und den Tag im Bett verbringen müssen?

Ja	☐	1 Punkt
Nein	☐	0 Punkte
- Summe:** _____ **Punkte**

0-3 Punkte: leichte Abhängigkeit; 4-6 Punkte mittelschwere Abhängigkeit;
7 – 10 Punkte schwere Abhängigkeit



E) Fragen zu weiteren Erkrankungen

1. Sind bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen bekannt?
(Zutreffende bitte ankreuzen und ggf. benennen)

- ☐ Herzerkrankungen, wenn ja, welche? _____
- ☐ Gefäßerkrankungen, wenn ja, welche? _____
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Lungenerkrankungen, wenn ja, welche? _____
- ☐ Magen/Darmerkrankungen, wenn ja, welche? _____
- ☐ Leber/Gallenerkrankungen, wenn ja, welche? _____
- ☐ Diabetes mellitus (Blutzuckerkrankheit)
- ☐ Krebserkrankungen, wenn ja, welche? _____
- ☐ Erkrankungen des Gehirns (z. B. Schlaganfall, Epilepsie, Operationen), wenn ja, welche? _____
- ☐ Psychische Erkrankungen (z. B. starke emotionale Schwankungen, Ängste, Abhängigkeiten/Süchte), wenn ja, welche? _____
- ☐ Sonstige Erkrankungen, wenn ja, welche? _____

2a. Waren Sie in den letzten 12 Monaten beim Arzt? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, weswegen? _____

2b. Waren Sie in den letzten 12 Monaten im Krankenhaus? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, weswegen? _____

3. Wie häufig haben Sie Husten oder Auswurf?

- ☐ Nie ☐ Selten ☐ Wenig ☐ Relativ häufig ☐ Sehr häufig ☐ Immer/täglich

4. Wie häufig pro Woche sind Sie körperlich aktiv?
(Fahrrad fahren > 30 min, Spazieren gehen > 30 min, Joggen, Schwimmen, etc.)

- ☐ gar nicht ☐ 1 mal pro Woche ☐ 2-3 mal pro Woche ☐ 4–5 x pro Woche ☐ fast täglich ☐ täglich

5. Bei welcher Belastungsstufe verspüren Sie im Allgemeinen Luftnot?
(Bitte nur **eine** Antwort ankreuzen)

- ...beim Sport auf hohem Leistungsniveau? ☐
- ...beim raschen Bergauflaufen? ☐
- ...beim raschen Laufen in der Ebene? ☐
- ...beim langsamen Gehen in der Ebene? ☐
- ...bei geringer körperlicher Aktivität (Laufen in der Wohnung, beim Anziehen) ☐
- ...in Ruhe? ☐

6. a) Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ☐ nein ☐ ja

b) Wenn ja, welche Getränke bevorzugen Sie dabei:

- ☐ Bier ☐ Wein ☐ Schnaps/Brände ☐ Sekt ☐ Liköre

c) Wie viele „Alkoholeinheiten“ (= 1 Standardglas des jeweiligen Getränkes) trinken Sie ungefähr pro Woche? _____ Einh. pro Woche



F) HADS

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung. Die Beantwortung ist selbstverständlich freiwillig. Wir bitten Sie jedoch, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich **in der letzten Woche** am ehesten zutraf. Machen Sie bitte **nur ein Kreuz pro Frage** und lassen Sie bitte keine Frage aus! Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zu treffendsten erscheint

1. Ich fühle mich angespannt oder überreizt

- ☐ Meistens
- ☐ Oft
- ☐ Von Zeit zu Zeit / gelegentlich
- ☐ Überhaupt nicht

2. Ich kann mich heute noch so freuen wie früher

- ☐ Ganz genau so
- ☐ Nicht ganz so
- ☐ Nur noch ein wenig
- ☐ Kaum oder gar nicht

3. Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas schreckliches passieren könnte

- ☐ Ja, sehr stark
- ☐ Ja, aber nicht allzu stark
- ☐ Etwas, aber es macht mir keine Sorgen
- ☐ Überhaupt nicht

4. Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen

- ☐ Ja, so wie immer
- ☐ Nicht mehr ganz so viel
- ☐ Inzwischen viel weniger
- ☐ Überhaupt nicht

5. Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf

- ☐ Einen Großteil der Zeit
- ☐ Verhältnismäßig oft
- ☐ Von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft
- ☐ Nur gelegentlich / nie

6. Ich fühle mich glücklich

- ☐ Überhaupt nicht
- ☐ Selten
- ☐ Manchmal
- ☐ meistens

7. Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen

- ☐ Ja, natürlich
- ☐ Gewöhnlich schon
- ☐ Nicht oft
- ☐ Überhaupt nicht

8. Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst

- ☐ Fast immer
- ☐ Sehr oft
- ☐ Manchmal
- ☐ Überhaupt nicht

9. Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend

- ☐ Überhaupt nicht
- ☐ Gelegentlich
- ☐ Ziemlich oft
- ☐ Sehr oft

10. Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren

- ☐ Ja, stimmt genau
- ☐ Ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte
- ☐ Möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
- ☐ Ich kümmere mich so viel darum wie immer

11. Ich fühle mich rastlos, ich muß immer in Bewegung sein

- ☐ Ja, tatsächlich sehr
- ☐ Ziemlich
- ☐ Nicht sehr
- ☐ Überhaupt nicht

12. Ich blicke mit Freude in die Zukunft

- ☐ Ja, sehr
- ☐ Eher weniger als früher
- ☐ Viel weniger als früher
- ☐ Kaum bis gar nicht

13. Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand

- ☐ Ja, tatsächlich sehr oft
- ☐ Ziemlich oft

☐ Nicht sehr oft

☐ Überhaupt nicht

14. Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen

- ☐ Oft
- ☐ Manchmal
- ☐ Eher selten
- ☐ Sehr selten



G) Fragen zur Person und zur sozialen Situation

1. Geburtsdatum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)
2. Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich
3. Gewicht und Größe ____ Kg ____ cm
4. Wie ist Ihr derzeitiger Familienstand (bitte nur eine Antwort ankreuzen)
☐ alleine lebend
☐ in Partnerschaft lebend/verheiratet
5. Sind sie jemals ☐ geschieden? ☐ verwitwet?
6. Wie viele Kinder haben Sie? _____
7. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie? (Zutreffendes bitte ankreuzen)
☐ Kein Schulabschluss
☐ Hauptschulabschluss (früher Volksschule)
☐ Realschulabschluss/Mittlere Reife/Polytechn. Oberschule
☐ Allgemeine Hochschulreife/fachgebundene Hochschulreife/erweiterte Oberschule
- 8a. Welchen höchsten Berufsabschluss haben Sie? (Zutreffendes bitte ankreuzen)
☐ Kein Berufsabschluss
☐ Abgeschlossene Ausbildung/Lehre
☐ Abgeschlossene Meisterschule
☐ Hochschul-/Fachhochschulabschluss
- 8b. In welcher beruflichen Stellung sind Sie aktuell?
☐ Schüler
☐ Auszubildender
☐ Student
☐ Erwerbstätig
☐ Vollzeit
☐ Teilzeit
☐ Arbeitslos
☐ Rentner

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der vorliegende Fragebogen in anonymisierter Form digital gespeichert wird.

Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass die Pneumologische Praxis im Zentrum mich im Rahmen einer eventuellen Nacherhebung kontaktiert.

Dieses Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen, ohne dass ich davon Nachteile habe.

Ort

Datum

Unterschrift