

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie diesen Bogen in Ruhe zuhause aus und besprechen Sie ihn, falls erforderlich, mit Ihrer Familie.

Erscheint Ihnen eine Frage unklar, oder wissen Sie die Antwort nicht genau, so lassen sie diese einfach aus und wir besprechen Sie bei Ihrem Termin.

Wenn es terminlich möglich ist, bin ich Ihnen dankbar, wenn Sie mir den Fragebogen vor unserem Termin per E-Mail oder per Brief zukommen lassen.

Ihre Antworten helfen mir, mich auf Ihren ersten Termin besser vorzubereiten.

Anleitung zum Ausfüllen:

Sie haben die Variante zum Ausfüllen am Computer gewählt. Dabei gibt es ein paar Details zu beachten:

Dieses Dokument ist bis auf die Formularfelder schreibgeschützt, kann also grundsätzlich nicht verändert werden. Verändert werden können nur die Kästchen um etwas anzukreuzen sowie die Textfelder. Hier zwei Beispiele:

Kästchen: Nein Ja

Textfeld: _____

Wenn Sie das Formular nun fertig ausgefüllt haben, ist es am einfachsten, wenn Sie es abspeichern und mir per E-Mail zukommen lassen. Alternativ kann es auch ausgedruckt werden.

Personalien:

Anrede: Frau Herr

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon Privat: _____

Telefon Handy: _____

E-Mail-Adresse: _____

Rechnung per Mail: Ja Nein

Beruf: _____

Hausarzt: _____

Angaben zu Ihren eigenen Beobachtungen:

Welche Krankheit oder Symptome, die möglicherweise aus das Rauchen zurückgeführt werden können, beobachten Sie bei sich:

Bitte kreuzen Sie das jeweils Zutreffende an:

Herz-Kreislaufprobleme: ja nein

erhöhter Blutdruck: ja nein

Durchblutungsstörungen: ja nein

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Gefäßverengungen: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Raucherbein: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kurzatmigkeit: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Atemnot: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bronchitis: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Asthma: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Konzentrationsschwäche: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Vergesslichkeit: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sehstörungen: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Netzhautdegeneration: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ohrgeräusche oder Tinnitus: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| geschwächte Immunabwehr: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leistungsschwäche: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kopfschmerzen: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Osteoporose: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Krebserkrankungen: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Erektionsstörungen: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Impotenz: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nervosität: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haarausfall: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hautbild: | | |
| grau: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| großporig: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| unrein: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| frühzeitige Faltenbildung: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Sonstiges:

Angaben zu Ihrem Rauchverhalten:

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

1. Seit wann rauchen Sie?

2. Was rauchen Sie?

3. Wieviel rauchen Sie pro Tag?

4. Haben Sie schon einmal versucht aufzuhören?

5. Wenn ja, wie oft?

6. Wenn ja, mit welcher Methode:

- a. Akupunktur
- b. Hypnose
- c. Nikotinplaster
- d. andere Arten

7. Wie lange haben Sie es bei oben genannten Versuchen geschafft, nicht zu rauchen?

8. Was war der Grund, wieder mit dem Rauchen anzufangen?

Angaben Ihrer Gründe zu Rauchen:

Bitte beantworten Sie folgende Fragen für sich selbst:

1. Weshalb rauche ich?

2. Was wäre besser, wenn ich nicht rauchen würde?