



Anamnese-Fragebogen

Ganzheitliche Begleitung beim Aufhören mit Rauchen / Vapen

Dieser Fragebogen dient dazu, Sie als ganzen Menschen zu erfassen – körperlich, emotional, mental und auf Wunsch auch spirituell. Bitte nehmen Sie sich Zeit und beantworten Sie die Fragen so offen und ehrlich wie möglich. Es gibt kein „richtig“ oder „falsch“.

1. Persönliche Angaben

Name: _____

Geburtsdatum / Alter: _____

Beruf / Alltagssituation: _____

Aktuelle Lebensphase (z. B. ruhig, fordernd, Umbruch):

2. Aktuelles Rauch- / Vape-Verhalten

Was konsumieren Sie aktuell?

- Zigarette Vape / E- Zigarette Beides
 Nichtraucher (Rückfallprävention)

Seit wann rauchen / vapen Sie? (Bitte so genau wie nur möglich angeben, wann war die erste Zigarette)

Wie häufig (pro Tag)?

Nikotingeinhalt (falls bekannt):

In welchen Situationen greifen Sie besonders häufig dazu?
(z. B. Stress, Kaffee, Pausen, Emotionen, Gesellschaft)

3. Bisherige Erfahrungen mit dem Aufhören

Haben Sie schon einmal versucht aufzuhören? Ja Nein

Wenn ja, wie oft und mit welchen Methoden?

Was hat damals gut funktioniert?

Was hat nicht funktioniert / zum Rückfall geführt?

4. Motivation & innere Bereitschaft

Warum möchten Sie **jetzt** aufhören?

Was erhoffen Sie sich von einem Leben ohne Nikotin?

Wie wichtig ist Ihnen Rauchen / Vapen aktuell?

(0 = unwichtig | 10 = sehr wichtig): 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie wichtig ist Ihnen der Rauch-/Vape-**Stopp** aktuell?

(0 = unwichtig | 10 = sehr wichtig): 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Körperliche Ebene

Gab oder gibt es körperliche Symptome im Zusammenhang mit dem Konsum oder beim Reduzieren? (z. B. Atem, Herz, Schlaf, Nervosität, Gewicht, Verdauung)

Vorerkrankungen / Medikamente:

6. Emotionale & mentale Ebene

Welche Gefühle verbinden Sie mit dem Rauchen / Vapen?
(z. B. Beruhigung, Kontrolle, Trost, Belohnung)

Welche Emotionen fürchten Sie beim Aufhören?

Wie gehen Sie generell mit Stress um?

7. Spirituelle / innere Ebene (freiwillig)

Wenn Sie möchten, beantworten Sie gern folgende Fragen:

Was glauben Sie, welche Funktion hat Rauchen/Vapen in Ihrem Leben?

Was darf entstehen, wenn diese Gewohnheit gehen darf?

Haben Sie Erfahrungen mit Energiearbeit, Meditation, Achtsamkeit oder spirituellen Praktiken?

8. Ressourcen & Unterstützung

Was gibt Ihnen Kraft im Alltag?

Wer oder was kann Sie in diesem Prozess unterstützen?

9. Ihr persönliches Ziel

Wenn Sie diesen Prozess erfolgreich durchlaufen haben – wie fühlt sich Ihr Leben an?

10. Raum für alles, was Ihnen noch wichtig ist

Sie haben es geschafft! Schon der zweite Schritt, den Sie erfolgreich gemeistert haben!
Vielen Dank für Ihr Vertrauen und Ihre Offenheit. Dieser Weg ist ein Weg zurück in Ihre
Selbstwirksamkeit und Freiheit.