

Fragebogen Rauchentwöhnung

Vorname: _____
Nachname: _____
Straße / Hausnummer: _____
PLZ / Ort: _____

Telefonnummer: _____
E-Mail: _____

Geburts-Datum: _____

Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung? Ja Nein

Haben Sie Probleme mit Herz & Kreislauf? Ja Nein

Hatten Sie einen Herzinfarkt oder Schlaganfall? Ja Nein

Leiden Sie an Thrombose? Ja Nein

Haben Sie Epileptische Anfälle? Ja Nein

Was haben Sie bereits gegen Ihre Sucht unternommen und mit welchem Erfolg? (Schulnoten 1-6) _____

Seit wann rauchen Sie? _____

Warum haben Sie mit dem Rauchen angefangen? _____

Rauchen sie auf Lunge? _____

Hiermit versichere ich alle Angaben korrekt gemacht zu haben!

Ort, Datum

Unterschrift