

**Strukturierte  
Raucheranamnese**

**Akademische Lehrpraxis der  
Johann Wolfgang Goethe-Universität  
Frankfurt am Main**

**Hausärztliche Gemeinschaftspraxis  
Dr. med. Willi Heinrich & Dr. med. Volker Janssen**

1. Haben Sie in Ruhe oder unter psychischer oder körperlicher Belastung Beschwerden?  
Welche?
2. Bemerken Sie Einschränkungen bezüglich Ihrer Konzentrations- und Merkfähigkeit?
3. Was meinen Sie, wodurch sind diese Beschwerden ausgelöst?
4. Könnten Sie mit Ihren Rauchgewohnheiten im Zusammenhang stehen?
5. In welchem Alter begannen Sie zu rauchen?
6. Wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich?
7. Seit wie vielen Jahren?
8. Wann am Morgen rauchen Sie die erste Zigarette?  
 innerhalb 5 Min. nach dem Aufwachen  
 innerhalb 15 Min. nach dem Aufwachen  
 innerhalb 30 Min. nach dem Aufwachen  
 innerhalb einer Stunde nach dem Aufwachen  
 später
9. Welche Zigarettenmarke und –stärke rauchen Sie?.....
10. Haben Sie die Absicht mit dem Rauchen aufzuhören?                   Nein:     Ja:   
wenn ja:
11. Haben Sie die Absicht in den nächsten                                    Nein:     Ja:   
4 Wochen mit dem Rauchen aufzuhören?  
wenn ja:
12. Haben Sie im letzten Jahr versucht rauchfrei zu sein?                Nein:     Ja:   
wenn ja:
13. Sind Sie momentan rauchfrei?    Nein:     Ja:   
wenn ja:
14. Wie lange sind Sie abstinenz?                    < 6 Monate:     > 6 Monate
15. Bei welchen Anlässen rauchen Sie besonders viel? .....
16. Wann rauchen Sie gar nicht?.....
17. Rauchen Sie um sich zu entspannen  oder um sich zu aktivieren  ?.....
18. Glauben Sie, dass Ihr Rauchverhalten eine Sucht ist?                    Nein:     Ja:

**Strukturierte  
Raucheranamnese**

**Akademische Lehrpraxis der  
Johann Wolfgang Goethe-Universität  
Frankfurt am Main**

**Hausärztliche Gemeinschaftspraxis  
Dr. med. Willi Heinrich & Dr. med. Volker Janssen**

19. Haben Sie schon mal versucht aufzuhören zu rauchen?                      Nein:                       Ja:   
Wie oft? \_\_ mal  
Wie lange hielt die Abstinenzphase an?  
\_\_ Tage                      \_\_ Wochen                      \_\_ Monate                      \_\_ Jahre  
Wie lange hielt die längste Reduktionsphase an?  
\_\_ Tage                      \_\_ Wochen                      \_\_ Monate                      \_\_ Jahre
20. Auf wie viele Zigaretten haben Sie Ihren Konsum maximal reduzieren können?  
 weniger 5                       weniger 10                       weniger 5                       gar nicht
21. Haben Sie eine medikamentöse Unterstützung erhalten?                      Nein:                       Ja:   
Wenn ja, welche?  
 Nikotinpflaster                       Nikotintablette  
 Nikotinkaugummi                       Nikotinnasenspray                       Zypan®
22. Raucht Ihr Partner?  
Rauchen Ihre Freunde? .....  
Rauchen Ihre Kollegen am Arbeitsplatz? .....  
Glauben Sie, dass Sie Hilfe brauchen um mit dem Rauchen aufzuhören? .....  
Welche Art von Hilfe? .....  
Von wem? .....
23. Haben Sie die Versuche aufzuhören ohne Unterstützung unternommen? Nein:  Ja:   
Wenn ja, wer?  
 Ihr Arzt                       Psychologe  
 Partner/in                       Freunde                       Arbeitskollege/n

**Zusammenfassung:**

Gesundheitliche Beeinträchtigungen / Zusammenhang erkannt? .....

Abschätzung der Nikotinabhängigkeit: .....

Stadium der Verhaltensänderung: .....

Entwöhnungsversuche: .....

Soziale Unterstützung: .....

WHO (Fünf) - Prozentwert: .....