



Anamnese Tabakkonsum

Nachname / Vorname: _____ Datum: _____

<p>1. Haben Sie in Ihrem Leben mehr als 200 Zigaretten geraucht?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weiter mit Frage 6</p>																
<p>2. In welchem Alter haben Sie angefangen regelmässig zu rauchen?</p>	<p>Mit _____ Jahren</p>																
<p>3. Rauchen Sie gegenwärtig Zigaretten?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja, weiter mit Frage 5 <input type="checkbox"/> nein</p>																
<p>4. In welchem Jahr haben Sie mit dem Rauchen aufgehört?</p>	<p>_____</p>																
<p>5. Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich pro Tag?</p>	<p>_____</p>																
<p>6. Konsumieren Sie regelmässig andere Tabakprodukte?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende:</p> <table border="0"> <tr> <td>Zigarre</td> <td><input type="checkbox"/> nie</td> <td><input type="checkbox"/> früher</td> <td><input type="checkbox"/> jetzt</td> </tr> <tr> <td>Pfeife</td> <td><input type="checkbox"/> nie</td> <td><input type="checkbox"/> früher</td> <td><input type="checkbox"/> jetzt</td> </tr> <tr> <td>Kautabak</td> <td><input type="checkbox"/> nie</td> <td><input type="checkbox"/> früher</td> <td><input type="checkbox"/> jetzt</td> </tr> <tr> <td>Anderes</td> <td><input type="checkbox"/> nie</td> <td><input type="checkbox"/> früher</td> <td><input type="checkbox"/> jetzt</td> </tr> </table>	Zigarre	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> früher	<input type="checkbox"/> jetzt	Pfeife	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> früher	<input type="checkbox"/> jetzt	Kautabak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> früher	<input type="checkbox"/> jetzt	Anderes	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> früher	<input type="checkbox"/> jetzt
Zigarre	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> früher	<input type="checkbox"/> jetzt														
Pfeife	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> früher	<input type="checkbox"/> jetzt														
Kautabak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> früher	<input type="checkbox"/> jetzt														
Anderes	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> früher	<input type="checkbox"/> jetzt														
<p>7. Haben Sie bereits versucht, den Tabakkonsum einzustellen?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Einmal <input type="checkbox"/> 2 - 4 Mal <input type="checkbox"/> mehr als 4 Mal</p>																
<p>8. Denken Sie gegenwärtig darüber nach, den Tabakkonsum aufzugeben?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja, in den nächsten 30 Tagen <input type="checkbox"/> Ja, in den nächsten 6 Monaten <input type="checkbox"/> Nein, eigentlich nicht</p>																
<p>9. Persönliche Angaben</p> <p>a. Alter</p> <p>b. Geschlecht</p>	<p>Geburtsdatum: _____</p> <p><input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich</p>																