

Qualitätssicherung in der Tabakentwöhnung – Messzeitpunkt 1

1

Ich bin versichert bei: _____ (Angabe des Sozialversicherungsträgers)*

Art der Raucherentwöhnung*	1 <input type="checkbox"/> ambulante Einzelentwöhnung*	3 <input type="checkbox"/> stationäre Raucherentwöhnung*
	2 <input type="checkbox"/> ambulante Gruppenentwöhnung*	4 <input type="checkbox"/> Einzelentwöhnung* von Schwangeren
Dieses Datenblatt wurde ...	1 <input type="checkbox"/> vom Klienten/ von der Klientin selbst ausgefüllt.	
	2 <input type="checkbox"/> von einem/einer TrainerIn* ausgefüllt (in Form eines Interviews).	

A. Allgemeine Angaben zur Person

Herkunft*	Geburtsland: _____	Staatsangehörigkeit: _____				
	Geburtsland der Mutter: _____	Geburtsland des Vaters: _____				
Geschlecht	1 <input type="checkbox"/> weiblich 2 <input type="checkbox"/> männlich					
Alter	1 <input type="checkbox"/> < 20 Jahre	2 <input type="checkbox"/> 20 – 29 J.	3 <input type="checkbox"/> 30 – 39 J.	4 <input type="checkbox"/> 40 – 49 J.	5 <input type="checkbox"/> 50 – 59 J.	6 <input type="checkbox"/> 60 u. älter
höchste abgeschlossene Ausbildung	1 <input type="checkbox"/> Pflichtschule	2 <input type="checkbox"/> Lehre	3 <input type="checkbox"/> BMS	4 <input type="checkbox"/> AHS/BHS	5 <input type="checkbox"/> Universität/FH	

B. RaucherInnenanamnese

Wie alt waren Sie, als Sie anfangen regelmäßig Zigaretten zu rauchen?	Alter in Jahren: _____
Wie viele Zigaretten rauchen Sie zurzeit gewöhnlich pro Tag?	Anzahl der Zigaretten: _____
Wie oft haben Sie bisher versucht, mit dem Rauchen aufzuhören?	1 <input type="checkbox"/> gar nicht 2 <input type="checkbox"/> 1 bis 5 mal 3 <input type="checkbox"/> >5 mal
Wie groß ist Ihre Motivation, mit dem Rauchen aufzuhören?	sehr gering-----mittel-----sehr hoch <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
Warum wollen Sie aufhören? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> gesundheitl. Gründe <input type="checkbox"/> finanzielle Gründe <input type="checkbox"/> Abhängigkeit <input type="checkbox"/> (geplante) Schwangerschaft <input type="checkbox"/> sonstige Gründe

C. Erkrankungen

Haben Sie derzeit eine der folgenden Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Atemwegs- oder Lungenerkrankungen (z.B. Asthma, Bronchitis, COPD etc.) <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall etc.) <input type="checkbox"/> Krebserkrankung <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes) <input type="checkbox"/> Depression, Burnout <input type="checkbox"/> psychische/psychiatrische Erkrankungen <input type="checkbox"/> andere Abhängigkeiten (z.B. Alkohol, Drogen) <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
--	--

D. Fagerströmtest für Nikotinabhängigkeit

Gesamtpunkte: _____

E. Kohlenmonoxidwert in der Ausatemluft

Gemessener Kohlenmonoxid-Wert in der Ausatemluft: _____ ppm