



SCHRITT 12+ EVALUATION

5. Evaluation

Abschließend möchten wir Sie noch einmal um einen kurzen Rückblick und eine Bewertung Ihrer Erfahrungen, die Sie beim Schritt in die Rauchfreiheit gemacht haben, bitten. Dazu gibt es im folgenden Abschnitt wieder einen Fragebogen. Es wäre sehr hilfreich, wenn Sie uns Ihre Antworten in diesem Bogen zur Verfügung stellen würden, damit wir sie zur systematischen Bewertung und Verbesserung des 12+Programms nutzen können.

Dazu finden Sie den Fragebogen auch im Internet auf unserer Website www.kontrolliertes-rauchen.de unter „downloads“ (Evaluationsbogen zum Rauchstopp). Diesen können Sie entweder per E-Mail (an: info@gk-quest.de), per Fax (06221 - 7392040) oder per Post an uns schicken (GK-Quest, Maaßstr. 28, 69123 Heidelberg). Vorab schon mal vielen Dank dafür!

Evaluationsbogen zum Rauchstopp

1. *Heutiges Datum* Tag Monat Jahr
2. *Wann haben Sie mit der Bearbeitung des 12+Programms begonnen* Tag Monat Jahr
3. *Wie viel haben Sie damals pro Woche geraucht?* Zig. pro Woche
4. *Haben Sie im Laufe Ihrer Bearbeitung des 12+Programms das Rauchen ganz eingestellt?* ja nein

Wenn ja, ...

- 4.1 *Seit wann rauchen Sie nicht mehr* Tage Monate Jahre
- 4.2 *Wie lange haben Sie davor kontrolliert geraucht?* Tage Monate Jahre
5. *Wie geht es Ihnen als Nichtraucher/Nichtraucherin?*

„sehr gut“ +3 +2 +1 0 -1 -2 -3 „sehr schlecht“

6. *Welches sind die positiven, welches die negativen Folgen und Begleiterscheinungen Ihres Rauchstopps?*

Positive Folgen	Negative Folgen
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

7. *Was haben Sie sich für die Zukunft vorgenommen?*

- dauerhaft nicht rauchen
- mindestens 1 Jahr nicht rauchen
- weniger als 1 Jahr, aber mehr als 1 Monat nicht rauchen
- ca. 1 Monat nicht rauchen
- weniger als 1 Monat nicht rauchen
- Punktabstinenz zu folgender Gelegenheit:
- anderes, nämlich:

8. *Wie gut haben Sie sich bei Ihrem Rauchstopp durch den letzten Baustein des 12+Programms (das „+“-Kapitel) unterstützt gefühlt?*

„sehr gut“ +3 +2 +1 0 -1 -2 -3 „sehr schlecht“

	Was war für Sie besonders positiv ...	Was war für Sie eher negativ ...
... am „+“-Kapitel

Zur medikamentösen Unterstützung:

9. *Haben Sie im letzten Schritt, bei der Erlangung der Rauchfreiheit auch Medikamente zur Unterstützung eingesetzt?* ja nein

9.1 *Wenn ja, welche? Bitte mit Angabe der Dosis und Dauer der Einnahme.*

.....

.....

.....

.....

9.2 *Haben Sie störende Nebenwirkungen erlebt? Wenn ja, welche?*

.....

.....

.....

10. *Wie zufrieden waren Sie mit dem besten von Ihnen benutzten Medikament auf einer Bewertungsskala, die von „+3“ (= „sehr zufrieden“) bis „-3“ (= „sehr unzufrieden“) reicht?*

„sehr zufrieden“ +3 +2 +1 0 -1 -2 -3 „sehr unzufrieden“

11. *Wenn Sie jetzt noch einmal auf das gesamte 12+Programm und Ihre Erfahrungen damit zurückblicken, wie fällt Ihr Gesamturteil aus (bitte ankreuzen)?*

„sehr gut“ +3 +2 +1 0 -1 -2 -3 „sehr schlecht“

12. Würden Sie das 12+Programm anderen Rauchern und Raucherinnen, die ihr Rauchverhalten ändern möchten, empfehlen?

„würde ich uneinge-
schränkt empfehlen“

„würde ich gar
nicht empfehlen“

+3 +2 +1 0 -1 -2 -3

13. Ich bin einverstanden mit einer späteren Kontaktaufnahme und Nachfrage, was aus meiner Rauchfreiheit geworden ist.

ja nein

13.1 Wenn ja, sollte die Kontaktaufnahme auf folgendem Wege erfolgen:

per E-Mail an folgende E-Mail-Adresse:

.....

per Telefon unter folgender Nummer:

.....

per Post an folgende Adresse:

.....

.....

.....

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Ganz herzlichen Glückwunsch zum Schluss! Sie haben das 12+Programm durchgearbeitet und damit das Fundament für ein Leben ohne Tabakabhängigkeit gelegt. Wir wünschen Ihnen eine gesunde und genussvolle Zeit in Ihrer nun beginnenden Rauchfreiheit!