



NAME

Datum/...../.....

Markieren Sie bitte mit einem Kreuz:

1. Zufriedenheitslineal

Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Rauchgewohnheiten

(0% gar nicht; 100% sehr)



2. Zuversichtslinal

Wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie Ihr Rauchverhalten ändern können? (0% gar nicht; 100% sehr)

