

VT-HT	Code	Datum	KW1 Termin
-------	------	-------	---------------

MNWS-R
--------

Bitte geben Sie an, wie sehr Sie **aktuell** unter folgenden Symptomen leiden. Ziehen Sie dazu bitte die letzten 24 Stunden in Betracht und beachten Sie die folgende Skalierung:

- 0 = überhaupt nicht  
 1 = ganz leicht  
 2 = etwas  
 3 = mittel  
 4 = sehr

1.	Verärgert, gereizt, frustriert	0	1	2	3	4
2.	Ängstlich, nervös	0	1	2	3	4
3.	Depressiv verstimmt, traurig	0	1	2	3	4
4.	Wunsch oder Verlangen, zu rauchen	0	1	2	3	4
5.	Konzentrationsschwierigkeiten	0	1	2	3	4
6.	Gesteigerter Appetit, Hunger, Gewichtszunahme	0	1	2	3	4
7.	Schlaflosigkeit, Schlafprobleme, Erwachen in der Nacht	0	1	2	3	4
8.	Unruhe	0	1	2	3	4
9.	ungeduldig	0	1	2	3	4
10.	Verstopfung	0	1	2	3	4
11.	Schwindel	0	1	2	3	4
12.	Husten	0	1	2	3	4
13.	Lebendige Träume oder Alpträume	0	1	2	3	4
14.	Übelkeit	0	1	2	3	4
15.	Halsschmerzen	0	1	2	3	4

Sonstige Beschwerden/Symptome:

16.		0	1	2	3	4
17.		0	1	2	3	4
18.		0	1	2	3	4

## MNWS

### Beurteilungsfragebogen Verhalten

#### Untersucherfragebogen:

Bitte beurteilen Sie, ob Sie beim Raucher die folgenden Symptome in den letzten \_\_\_\_\_ beobachten konnten.

Es spielt keine Rolle, ob die Person über diese Symptome klagte. Wir möchten nur wissen, ob Sie dieses Symptom beobachtet haben.

0 = überhaupt nicht, 1 = leicht, 2 = mittel, 3 = moderat, 4 = schwer

a. ärgerlich, irritierbar, frustriert		0	1	2	3	4
b. ängstlich, angespannt		0	1	2	3	4
c. deprimiert		0	1	2	3	4
d. unruhig, ungeduldig		0	1	2	3	4

1. Wie zuversichtlich sind Sie, dass diese Einschätzung genau ist?

0 = überhaupt nicht

1 = ein wenig zuversichtlich

2 = mittelmäßig zuversichtlich

3 = sehr zuversichtlich