

Uppföljningsformulär

Personnummer _____ (Ifylls av vårdgivaren)

Det har nu gått _____ månader sedan din rökslutardag. Vi undrar hur det har gått för dig. Var vänlig fyll i frågeformuläret och lägga det i bifogat svarskuvert.

Dagens datum _____

Namn _____

Gatuadress _____

Postnummer _____

Postadress _____

Besvara nedanstående frågor genom att kryssa för eller fylla i de svar som gäller för dig.

1. Röker du cigaretter? Ja Nej

Om ja, hur många cigaretter per dag? _____

2. Använder du snus? Ja Nej

Om ja, hur många dagar räcker en dosa? _____

3. Använder du tobak i annan form? Ja Nej

Om ja, vad?

Tuggtobak Ja Nej

Piptobak Ja Nej

Annan tobak _____

4. Använder du för närvarande läkemedel för tobaksavvänjning? Ja Nej

Om ja, vad? _____

Övriga kommentarer: _____

Vill du ha ytterligare hjälp med tobaksavvänjning, kontakta oss på tel nr _____

Vänliga hälsningar