



Hänvisningsblankett

Person som önskar bli kontaktad per telefon av Sluta-röka-linjen

För och efternamn:

Född år:

Telefonnummer:

Hänvisas av

Namn:

Mottagning:

Adress, postnummer och postadress:

Önskas återkoppling från SRL? Om ja, kontrollera att mottagningsadress ovan är fullständig

Ja Nej **Språk vid samtal**Svenska Engelska Arabiska Annat: Ange vilket _____**Kontaktinformation från Sluta-röka-linjen:**

Vi försöker få den första kontakten inom två veckor. Sluta-röka-linjen skickar ett sms och gör därefter två kontaktförsök. Vi ringer från 020-84 00 00.

Informera klienten om att kontakten med Sluta-röka-linjen sker per telefon. Det finns möjlighet till flera samtal. Inhämta samtycke till tobaksavvänjning från Sluta-röka-linjen av klienten.

Återkoppling från Sluta-röka-linjen till mottagningen

Klienten kontaktades den _____

Klienten tackar ja nej till fortsatt stöd från SRL. Sluta-röka-linjen har försökt två gånger att få kontakt med klienten men har ej lyckats. Vi har skickat ett sms med vårt telefonnummer och info om att klienten själv är välkommen att kontakta oss när det passar.

Hänvisningen skickas till:

Sluta-röka-linjen**Box 45436****104 31 Stockholm**