



Hänvisningsblankett

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

För och efternamn: _____

Postnummer: _____

Född år: _____

Telefonnummer: _____

Tobaksbruk

Cigaretter / dag: _____

Snusdosor / vecka: _____

Rökt /snusat antal år: _____

Datum för rök-/snusstopp: _____

Klienten använder Champix Zyban Insättningsdatum för läkemedel: _____

Nikotinläkemedel (ange sort-/er och dos-/er): _____

Motivation till förändring (kryssa för siffran som stämmer bäst, 0 är lägsta, 10 är högsta möjliga) **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

Hänvisas av (vänligen fyll i namn och fullständig mottagningsadress)

Namn: _____

Yrke: _____

Mottagning: _____

Adress, postnummer och postadress: _____

Önskas återkoppling från SRL? Ja Nej

Datum: _____

Språk vid samtal annat än svenska

Arabiska Polska Ryska Persiska Dari Somaliska Engelska Spanska Tigrinja Turkiska

Annat språk, ange vilket: _____

Önskar bli kontaktad:

kl 10–13 kl 13–17

Kontaktinformation från Sluta-röka-linjen:

Vi försöker få den första kontakten inom två veckor och gör två försök. Vi ringer från 020-84 00 00.

Informera klienten om att kontakten med Sluta-röka-linjen sker per telefon, ofta med 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 vid olika tillfällen 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**