



Hänvisningsblankett

Person som önskar bli kontaktad per telefon av Sluta-Röka-Linjen

För- och efternamn: _____

Postnr: _____

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, postnr & postadress: _____

Önskas återkoppling från SRL: Ja Nej Datum: _____

Språk vid samtal

Svenska Arabiska Ryska Persiska Dari Somaliska Engelska Spanska Tigrinja Turkiska Polska

OBS! Lämna informationsblad om tolksamtal till patienten om valt språk är annat än svenska, engelska, arabiska, polska eller persiska. Lämna nytt informationsblad om samtalsstödet från SRL till svensktalande klienter.

Önskar bli kontaktad:

kl 10-13 kl 13-17

Kontaktinformation från Sluta-Röka-Linjen:

Vi försöker få den första kontakten inom två veckor.
Vi gör 2 kontaktförsök. 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 _____

Rök-/snusstopp den: _____

Klienten tackar ja nej till fortsatt stöd från SRL. Sluta-Röka-Linjen har försökt tre 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.

Läkemedel för tobaksstopp: _____

Övrig information från Sluta-Röka-Linjen: _____

Hänvisningen skickas till

Sluta-Röka-Linjen
Box 45436
104 31 Stockholm