



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 separat informationsblad om tolksamtal till patienten om valt språk är annat än svenska, engelska, arabiska, polska eller persiska.

Önskar bli kontaktad:

kl: 09.00-12.00 kl: 13.00-17.00 kl: 17.00-18.30

Kontaktinformation från Sluta-Röka-Linjen:

Vi försöker få den första kontakten inom två veckor. Vi gör 3 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**