

Frågor inför uppstart av tobaksavvänjning – Vuxna

Namn	Personnummer
E-postadress	Telefonnummer

Dina tobaksvanor

1. Röker du cigaretter?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
2. Antal rökta cigaretter per dag?	<input type="checkbox"/> 0-15 stycken <input type="checkbox"/> 16-24 stycken <input type="checkbox"/> 25 stycken eller fler
3. Använder du någon annan tobaksprodukt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4. Snusar du?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Vad?.....
5. Har du snusat?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Antal snusdosor per vecka:.....
6. Hur många år har du rökt?	Hur länge sedan var det?
7. Har du försökt sluta röka tidigare?	<input type="checkbox"/> Ja, enstaka gånger <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, många gånger Hur långt var ditt längsta uppehåll?
8. Hur snart efter att du stigit upp röker du din första cigarett?	<input type="checkbox"/> Inom 30 minuter <input type="checkbox"/> Senare än 30 minuter
9. Har du tidigare använt något av följande läkemedel? (Markera i så fall i vilket/vilka)	<input type="checkbox"/> Nikotinläkemedel <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Zyban (Bupropion) <input type="checkbox"/> Champix (Varenicline) <input type="checkbox"/> Asmoken (Cytisin)
10. Använder du något läkemedel just nu? (Markera i så fall vilket/vilka)	<input type="checkbox"/> Nikotinläkemedel <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Zyban <input type="checkbox"/> Champix <input type="checkbox"/> Asmoken
11. Hur många timmar kan du hålla upp med din rökning utan att känna obehag?	Antal timmar:

12. Röker du nattetid?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej								
13. Har du rökare i din nära omgivning?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej								
	<input type="checkbox"/> I ditt hem									
	<input type="checkbox"/> På arbetet									
	<input type="checkbox"/> På fritiden									
14. Har du upplevt besvär/abstinens vid eventuella tidigare försök att sluta röka? Beskriv kortfattat:										
.....										
.....										
15. Om du är orolig inför ett rökstopp, vad är du mest orolig för? Beskriv kortfattat:										
.....										
.....										
16. Har du några problem med hälsan som du tror beror på din rökning? Beskriv kortfattat:										
.....										
.....										
17. Varför vill du sluta röka? Ange de viktigaste skälen:										
.....										
.....										
18. Hur beredd är du på att sluta röka - på en skala från 0 till 10? Sätt ett kryss på skalan:										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Inte alls beredd										Maximalt beredd
19. Hur viktigt är det för dig att sluta röka - på en skala från 0 till 10? Sätt ett kryss på skalan:										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Inte alls viktigt										Maximalt viktigt
20. Hur stor är din tilltro till att lyckas sluta röka - på en skala från 0 till 10? Sätt ett kryss på skalan:										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Inte alls säker										Helt säker