

Bilaga 11

Uppföljningsformulär

Personnummer: _____
(Ifylls av vårdgivaren)

Det har nu gått _____ månader sedan du slutade röka/snusa. Vi undrar hur det har gått för dig.
Det vore bra om du kunde fylla i frågeformuläret och lägga det i bifogat svarskuvert.

Dagens datum _____

Namn _____

Adress _____

Postnummer och postadress _____

Besvara nedanstående frågor genom att kryssa för eller fylla i de svar som gäller för dig.

1. Röker du cigaretter? Ja Nej

Om ja: Hur många cigaretter per dag? _____

2. Använder du snus? Ja Nej

Om ja: Hur många dagar räcker en dosa? _____

3. Använder du e-cigarett? Ja Nej

4. Använder du tobak i annan form? Ja Nej

Om ja, vad? _____

5. Använder du för närvarande läkemedel för tobaksavvänjning? Ja Nej

Om ja, vad? _____

Övriga kommentarer: _____

Vill du ha ytterligare hjälp med tobaksavvänjning kan du kontakta oss på telefon: _____

Vänliga hälsningar