



HÄNVISNINGSBANKETT

Person som önskar bli kontaktad per telefon av Sluta-Röka-Linjen, (SRL)

Namn:

Adress, postnr & postadress:

Telefonnummer:

Tobaksbruk

Cigaretter / dag:

Snusdosor / vecka:

Rökt / snusat antal år:

Hänvisas av

Datum:

Namn:

Mottagning:

Adress, postnr & postadress:

Önskas återkoppling om SRL fått kontakt eller ej?

Ja Nej **Språk vid samtal**Svenska Arabiska Ryska Persiska Somaliska Spanska Turkiska

Lämna separat informationsblad om trepartsamtal till klienten om valt språk är annat än svenska.

Önskar bli kontaktad:kl: 09.00-12.00 kl: 13.00-17.00 kl: 17.00-19.00 Trepartsamtal med tolk ej tillgängligt kvällstid.**Information om vårt arbete:** Klienten informerad om att Sluta-Röka-Linjen tar kontakt per telefon.Vi försöker få den första kontakten inom två veckor.
Vi gör 5 kontaktförsök. Vi ringer från dolt nummer.**ÅTERKOPPLING FRÅN SLUTA-RÖKA-LINJEN (SRL) TILL MOTTAGNINGEN**

Klienten kontaktades den _____

Klienten tackar ja nej till fortsatt stöd från SRL.SRL har försökt få kontakt men ej lyckats .**ÖVRIG INFORMATION:****HÄNVISNINGEN SKICKAS TILL:****SLUTA-RÖKA-LINJEN****BOX 45436****104 31 STOCKHOLM**