

# Hänvisningsblankett Sluta-Röka-Linjen

## Patient som önskar bli uppringd av Sluta-Röka-Linjen:

Namn .....

Adress .....

Födelseår .....

Cigaretter/dag .....

Snusdosor/vecka .....

Antal år tobaksbruk .....

### Telefon

hem .....

arbete .....

mobil.....

### Önskad tidpunkt för samtal

förmiddag  eftermiddag  kväll

förmiddag  eftermiddag  kväll

förmiddag  eftermiddag  kväll

## Hänvisning från:

Namn ..... Yrke.....

Mottagning ..... Tfn .....

E-post .....

Adress .....

Datum .....

### Blanketten skickas till:

Sluta-Röka-Linjen

Box 1497

171 29 Solna

### Återkoppling från Sluta-Röka-Linjen (SRL) till mottagningen

Patienten kontaktad .....(datum)

SRL har försökt få kontakt men ej lyckats

Patienten tackar nej till SRL-stöd

-----  
Signatur SRL

**SLUTA-RÖKA-LINJEN**



**RING 020-84 00 00**  
www.slutarokalinjen.org