

Ankomstdatum:

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. När vi har bedömt din egen vårdbegäran kommer du att informeras om fortsatt handläggning. Om du inte har fått besked inom 14 dagar så hör av dig till enheten.

Namn		Personnummer
Gatuadress		Postnummer och postadress
Telefon hem/mobiltelefon		Listad vid hälsocentral/sjukstuga
<b>Röker du cigaretter?</b>		
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, om ja:		
• Hur många cigaretter röker du i snitt per dag?		
• Hur många år har du rökt?		
• Har du försökt sluta röka tidigare <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
• Varför vill du sluta röka? Ange de viktigaste skälen:		
• Har du problem med hälsan som du tror beror på att du röker? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Om ja, beskriv dina hälsoproblem:		
<b>Använder du snus?</b>		
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, om ja:		
• Hur många dagar räcker en dosa?		
• Hur många år har du snusat?		
• Har du försökt sluta snusa tidigare <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
• Varför vill du sluta snusa? Ange de viktigaste skälen:		
• Har du problem med hälsan som du tror beror på att du snusar? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Om ja, beskriv dina hälsoproblem:		
<b>Använder du någon annan tobak förutom cigaretter eller snus?</b>		
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, om ja:		
• Vilken annan tobak använder du?		
• Hur mycket och hur ofta använder du den tobaken?		
<b>Har du behov av tolk:</b>		
<input type="checkbox"/> Nej		
<input type="checkbox"/> Ja, språktolk. Ange vilket språk:		
<input type="checkbox"/> Ja, teckenspråkstolk		
<input type="checkbox"/> Ja, dövblindtolk		
<input type="checkbox"/> Ja, vuxendövtolk		

Ort och datum

Namnunderskrift