



## Anmeldung Rauchstopppberatung

### Patient/-in

---

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

### Zuweiser/-in:

---

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

### Somatische Diagnose:

---

### Angaben zur Überweisung:

---

Aktueller Tabakkonsum:                      Zigaretten/Tag

Anzahl packyears:                              py

    Patient raucht noch und wünscht ein Beratungsgespräch zur Raucherentwöhnung

    Patient hat bereits aufgehört zu rauchen und wünscht begleitende Beratung/Unterstützung

    Anderer Überweisungsgrund / Fragestellung:

### Medikation

---

Bereits verschriebene Medikamente zur Tabakentwöhnung:

**Kontraindikation** vorhanden für:

    Nikotinersatzpräparate:

        Nein

        Ja

        Falls ja, Grund:

    Champix:

        Nein

        Ja

        Falls ja, Grund:

### Bemerkung:

---

[Falls Option Drucken oder Speichern gewählt wird bitte Feld mit Datum & Unterschrift einfügen]

Datum, Ort: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_