

# Opfølgningsskema for deltagere i stopaktiviteter

## Det grønne felt udfyldes af rådgiveren

Dette skema dækker dit stopforløb med

planlagt stopdato:    20

Dag Md. År

(Er der ikke planlagt en stopdato, bruges dato for kursusafslutning)

Stopenhed (nr.):

Kursusnr.:

Navn: \_\_\_\_\_

1. Dette skema er udfyldt den    20

Dag Md. År

## 2. Har du brugt tobak/nikotin siden kursets afslutning?

Nej, intet

Nej: Ja,:

- cigaretter, pipe og lign.
- snus/nikotinposer/tyggetobak
- e-cigaret/vapes
- opvarmet tobak
- vandpipe
- andet: \_\_\_\_\_

### Hvis ja, hvor ofte?

- dagligt  ugentligt  månedligt
- dagligt  ugentligt  månedligt
- dagligt  ugentligt  månedligt
- dagligt  ugentligt  månedligt
- dagligt  ugentligt  månedligt
- dagligt  ugentligt  månedligt

## 3. På en skala fra 1-5 hvor 1 er dårligst og 5 er bedst:

- |   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Hvor tilfreds var du med rådgiverens indsats?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hvor tilfreds var du med gruppens måde at fungere på?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Hvor tilfreds var du med tidspunktet på dagen, hvor kurset blev holdt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Hvor tilfreds var du med forløbet som helhed?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 4. Har du brugt støttemedicin til dit stop? Hvis ja: hvor længe?

Nej, intet

- Ja, medicinsk nikotin i   uger
- Ja, vareniclin i   uger
- Ja, bupropion i   uger
- Ja, andet: \_\_\_\_\_ i   uger

## 5. Bruger du aktuelt støttemedicin?

Nej, intet

- Ja, medicinsk nikotin
- Ja, vareniclin
- Ja, bupropion
- Ja, andet: \_\_\_\_\_

## Spørgsmål 6-8 besvares kun, hvis du ikke er stoppet helt siden kursets afslutning.

## 6. Hvad har du brugt i de seneste 14 dage?

Intet

Nej: Ja,:

- cigaretter, pipe og lign.
- snus/nikotinposer/tyggetobak
- e-cigaret/vapes
- opvarmet tobak
- vandpipe
- andet: \_\_\_\_\_

## 7. Hvis ja, hvor meget bruger du på et døgn?

Angiv antal:

- cigaretter
- cigarillos
- snus/nikotinposer
- tyggetobak
- e-cigaretter/vapes
- opvarmet tobak
- vandpipe
- andet

## 8. Er du interesseret i et nyt stoptilbud?

Nej  Ja