

## Opfølgningsskema for deltagere i stopaktiviteter

**Det grå 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, pibe og lign.  
 snus/nikotinposer/tyggetobak  
 e-cigaret/vapes  
 opvarmet tobak  
 vandpibe  
 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. Hvor mange uger har du brugt støttemedicin til dit stop? Og hvad har det kostet dig?

 Ingen

- |                                            |                                                  |                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> medicinsk nikotin | i <input type="text"/> <input type="text"/> uger | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kr. i alt |
| <input type="checkbox"/> vareniclin        | i <input type="text"/> <input type="text"/> uger | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kr. i alt |
| <input type="checkbox"/> bupropion         | i <input type="text"/> <input type="text"/> uger | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kr. i alt |
| <input type="checkbox"/> cytisin           | i <input type="text"/> <input type="text"/> uger | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kr. i alt |
| <input type="checkbox"/> andet: _____      | i <input type="text"/> <input type="text"/> uger | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kr. i alt |

5. Bruger du aktuelt støttemedicin?

 Nej, intet

- Ja, medicinsk nikotin  
 Ja, vareniclin  
 Ja, bupropion  
 Ja, cytisin  
 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, pibe og lign.  
 snus/nikotinposer/tyggetobak  
 e-cigaret/vapes  
 opvarmet tobak  
 vandpibe  
 andet: \_\_\_\_\_

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

Angiv antal:

- cigaretter  
  cigarillos  
  cerutter  
  cigarer  
  pibestop  
  snus/nikotinposer  
  tyggetobak  
  e-cigaretter/vapes  
  opvarmet tobak  
  vandpibe  
  andet

8. Er du interesseret i et nyt stoptilbud?

 Nej Ja