

## Uppgifter om patient

Namn	Personnummer
------	--------------

## Behandlare

Tandhygienist/tandsköterska/klinik
------------------------------------

## Behandlingsbeskrivning

Tobaksberoende enligt Fagerströms skala (1-15)			
Tobaksbruk	<input type="checkbox"/> Rökning	<input type="checkbox"/> Snusning	<input type="checkbox"/> Rökning och snusning
Antal behandlingssessioner			
Samtalets utformning	<input type="checkbox"/> Enskilt	<input type="checkbox"/> Grupp	<input type="checkbox"/> Tobakshjälpen
Har läkemedel använts vid tobaksavvänjningen	<input type="checkbox"/> Inget läkemedel	<input type="checkbox"/> Receptfritt läkemedel	<input type="checkbox"/> Receptbelagt läkemedel
Resultat av tobaksavvänjningen	<input type="checkbox"/> Slutat helt	<input type="checkbox"/> Minskat	<input type="checkbox"/> Oförändrat
Datum för rökstopp/snusstopp			

## Underskrift av behandlare

Datum
Namn-teckning
Namn-förtydligande

Epikrisen skickas till: **Region Östergötland, Tandvårdsenheten, 581 91 Linköping**Vid frågor kontakta Tandvårdsenheten, telefonnummer: 010-103 70 79 eller e-postadress: [region@regionostergotland.se](mailto:region@regionostergotland.se)