# Anmeldung zur Rauchstoppberatung

**Betrifft**

Name / Vorname:

Geb. Datum:

Adresse, PLZ/Ort:

Telefon:

**Substanzmissbrauch**

Tabak

Alkohol

Drogen

Medikamente

**Hauptdiagnosen / relevante Nebendiagnosen** (evtl. Bericht anhängen**)**

**Medikation**

**Psychische Erkrankung**

Depression

**Psychosoziale Situation**

Unauffällig

auffällig

Grund:

**Bemerkungen/ Besonderes**

**Datum: einweisende/r Arzt/Ärztin**

     