# 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**