



## **VRAGENLIJST OVER STOPPEN MET ROKEN**

**Naam:..... Geboortedatum:.....**

**Datum:**

- 1. Wat is uw beroep?**
- 2. Wat is uw gezinssituatie?**
- 3. Heeft u rokende huisgenoten?**
- 4. Wat rookt u?**
- 5. Hoeveel rookt u?**
- 6. Rookt u binnen 30 minuten na het opstaan?**
- 7. Bent u wel eens (eerder) gestopt met roken? Ja, hoelang geleden?**
- 8. Welke ervaringen heeft u met stoppen met roken?**
  - Lichamelijke ontwenning
  - Problemen met stemming en humeur
  - Problemen met stress hantering
  - Verveling
  - Sociale ongemakken
  - Gewichtstoename
  - Anders

**9. Heeft u hulpmiddelen gebruikt bij uw (eerdere) stoppoging?**

**10. Hoe kwam het dat u weer opnieuw ging roken?**

**11. Waarom wilt u stoppen met roken?**

**12. Waar ziet u tegenop als u denkt aan stoppen met roken?**

**13. Hoe gemotiveerd bent u om te stoppen met roken?**

**14. Welke begeleiding zou bij u passen?**

- Intake en dan telefonische consulten
- Intake en vervolgconsulten op praktijk
- Informatie over groepstherapie
- Informatie over hulpmiddelen
- Anders