

# Zeitstrahl Tabakentwöhnung

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_



**Ansprache**

**Vorbereitung**

**Start**

**Betreuung**

**Rauchfrei**

am \_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_

8-14  
Tage \_\_\_\_\_

Folgerezepte

.....

.....

.....

12  
Wochen \_\_\_\_\_

½

Jahr \_\_\_\_\_

1  
Jahr \_\_\_\_\_

- z. B.**
- Kurzberatung
  - Dokumentation
  - Bereitschaft

- z. B.**
- Suchtgrad
  - Motivation
  - med. Therapie
  - Begleitmaßnahmen

- z. B.**
- Stoppdatum
  - soz. Unterstützung
  - Umfeld

- z. B.**
- Erfolgsabfrage
  - CO-Messung
  - Motivation
  - Rückfallbetreuung