

Kérdőív

Dohányzásról leszokást segítő programhoz

Dohányzik?	igen	nem
Milyen cigarettát szív?		
Napi mennyiség:.....		
Szeretne leszokni?	igen	nem
Leszokás egyénileg	igen	nem
Kíván-e csoportterápiás programban részt venni?	igen	nem
Kíván-e orvossal konzultálni a lehetséges gyógyszeres vagy egészségügyi támogatási lehetőségekről?	igen	nem

Elfogadok elektronikus tájékoztatást a dohányzásról leszokást segítő programról, ill. a programba való kapcsolódás során hozzájárulok elektronikus adatforgalomhoz.

Név:

Telefonszám:

E-mail cím:

Szolnok,

.....

Aláírás