**OPS Tabakentwöhnung** (9-501, Multimodale stationäre Behandlung zur Tabakentwöhnung)

**Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe Patient (Name)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Beratung  Raucher-Ambulanz  (montags 17.-18.00 Uhr)  Datum:  Unterschrift | Psychol. Einzelgespräch (1)  Datum:  Unterschrift | Psychol. Einzelgespräch (2)  Datum:  Unterschrift | Ärztl. Einzelgespräch (1)  Datum:  Unterschrift | Ärztl. Einzelgespräch (2)  Datum:  Unterschrift |
| **Atmung und Entspannung** | | | | |
| (1)  Datum:  Unterschrift | (2)  Datum:  Unterschrift | (3)  Datum:  Unterschrift | (4)  Datum:  Unterschrift | (5)  Datum:  Unterschrift |

Anamnesebogen liegt vor Vollständigkeit gemäß OPS-Tabak und Anmeldung zur ambulanten Tabakentwöhnung liegen vor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift

Fagerström-Test liegt vor CO-Hb-Wert: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_