



STOPPER LE TABAC

QUESTIONNAIRE AVANT SEANCE

Informations confidentielles

Nom _____ Prénom _____

Age _____ Date de naissance ____/____/____

Adresse _____

Tél. fixe _____ Portable _____

Adresse mail _____

Profession _____

Etes-vous :

Célibataire

Marié ou vivant en couple

Séparé, divorcé

Veuf

Nombre d'enfants _____

Sexe et âge de vos enfants _____

Qui vous a parlé de nous ? _____

Nous travaillons en général avec les médecins de nos clients.

Est-ce que votre médecin vous a conseillé d'arrêter de fumer ? Oui Non

Nom et coordonnées de votre médecin _____

Quelles sont les raisons de votre présence ici ?

Avez-vous déjà utilisé d'autres méthodes pour vous sevrer du tabac? Si oui, lesquelles :

Pour quelles raisons n'avez vous pas encore réussi à arrêter de fumer ?

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? _____

Combien de paquets ? _____

Combien cela vous coûte-t-il par an ? _____ €

A quel âge avez-vous commencé à fumer ? _____

Pourquoi avez-vous commencé? _____

Quand fumez-vous ? Qu'est-ce qui déclenche chez vous l'envie de fumer ?

Quelles sont **les 3 raisons principales** pour lesquelles vous voulez arrêter ?

Quels vont être pour vous les **avantages d'être non-fumeur** ?

Signature _____ Date ____/____/____

Cabinet DEVOUGES-CONSEIL

Portable : 06.09.40.34.69

contact@devouges-conseil.fr

Plus d'informations sur notre site : <http://www.devouges-conseil.fr/>