

Kontroluj swoje palenie - obserwuj nawyki i przyzwyczajenia związane z paleniem

Nr	Godzina	Sytuacja w jakiej palisz?  Np. przy kawie, przerwa w pracy	Jak silna była potrzeba palenia?  Określ w skali od 1 do 10 (1- b.słaba 10- b.silna)	Co było głównym powodem zapalenia ?  Np. nuda, stres, nawyk
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				



Ministerstwo  
Zdrowia



**NPZ**  
NARODOWY PROGRAM ZDROWIA