|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data……………………………………………………… Dzień rzucania palenia Nr………………….. | | | | | | | |
| Nr | Godzina | Ile sztuk? | Gdzie paliłeś?  Np. kuchnia | Sytuacja w jakiej paliłeś?    Np.  Przy porannej  kawie | Czy ta sytuacja to Twój „rytuał”?  Napisz R jeśli przy tej czynności zazwyczaj palisz. | Jak silna była potrzeba palenia?  Określ w skali od 1 do 10-ciu (1-prawie wcale 10- bardzo) | Co było głównym powodem, dla którego zapaliłeś?  Np. nuda, zdenerwowanie, nawyk |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |