

Dzienniczek rzucającego palenie

Odstawiłeś/łaś już papierosy lub wprowadzasz ograniczenia. Pomóż sobie prowadząc własne obserwacje swoich zachowań i odczuć! Pod koniec dnia przejrzyj zapiski i sprawdź co pomagało Ci w tym żeby nie palić, a co sprawiało trudność! W następnych dniach wykorzystaj tę wiedzę!

(W pierwszym wierszu wpisana jest przykładowa obserwacja)

Data: **Dzień rzucania palenia** (wpisz który to dzień)

Godzina, w której odczuwał eś/łaś chęć palenia	Sytuacja Co robiłeś/łaś?	Jak silna była potrzeba/chęć palenia? (w skali od 1 do 10- ciu)	Czy zapaliłeś /łaś?	Jeśli nie, co Ci pomogło najbardziej w nie zapaleniu?	Co wtedy czułeś/łaś? (wypełnij nawet jeśli zapaliłeś)
8.00	Piłam kawę	6	nie	Szybkie wypicie kawy i wyjście z domu	Ulgę, dumę