

# Lungenkrebscreening

Bericht gemäß § 39 Nr. 1 KFE-RL (als  Anlage zur Überweisung)

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

## Einschlusskriterien:

- | Die versicherte Person  | ja                       | nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • ist zwischen 50 und 75 Jahren alt.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • ist aktiver Raucher.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ ist Nichtraucher seit weniger als 10 Jahren.                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • hat mindestens 25 Jahre geraucht.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • hat mindestens 15 Packungsjahre geraucht.                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <br>(Jahre x Packungen/Tag = Packungsjahre) _____ x _____ = _____             |                          |                          |
| • hat in den vergangenen 12 Monaten keine CT-Untersuchung der Lunge erhalten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Erstberatung:

- | Die versicherte Person  | ja                       | nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • ist über den Ablauf des Lungenkrebscreenings informiert.    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • ist zu Nutzen und Risiken des Screenings aufgeklärt worden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • hat sich zur Thematik Tabakentwöhnung beraten lassen.       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Erstberatende Ärztin/Erstberatender Arzt:

Hiermit bestätige ich, dass ich über die erforderlichen Qualifikationen gemäß § 43 Abs. 2 der KFE-RL verfüge und die Überweisung im Rahmen der Lungenkrebsfrüherkennung veranlassen darf.

\_\_\_\_ // \_\_\_\_\_ // \_\_\_\_\_ // \_\_\_\_\_  
 Datum // Unterschrift Arzt/Ärztin // Name, Vorname Arzt/Ärztin // Stempel