

Ärztlicher Bericht zur Teilnahme am

Lungenkrebs-Screening mittels Niedrigdosis-Computertomographie

Versicherte Person

Name, Vorname : _____

Geburtsdatum : _____

Bitte ausfüllen:

1. Teilnahmevoraussetzungen

- Alter zwischen 50 und 75 Jahre
- Zigarettenkonsum mit einer Dauer von kumulativ mindestens 25 Jahren
- Intensität von mindesten 15 Packungsjahren
- Unterbrechung des Zigarettenkonsums weniger als 10 Jahre
- Risikobezogene Teilnahmevoraussetzungen sind erfüllt

Berechnete Packungsjahre : _____PY

2. Medizinische Eignung

- Zum Untersuchungszeitpunkt keine Symptome eines Lungenkarzinoms
- Keine klinische Indikation für eine diagnostische Thorax-CT
- Keine Kontraindikationen gegen eine Niedrigdosis-CT
- Keine durchgeführte Thorax-CT in den letzten 12 Monaten
- Medizinische Eignung zur Teilnahme liegt vor

3. Ärztliche Aufklärung

- Die versicherte Person wurde gemäß KFE-RL schriftlich und mündlich aufgeklärt (Nutzen, Risiken inkl. Strahlenexposition, falsch-positive und falsch-negative Befunde, Überdiagnosen). Die Entscheidung zur Teilnahme erfolgt informiert und freiwillig.

4. Ärztliche Empfehlung / Überweisung

- Teilnahmevoraussetzung gemäß LuKrFrühErkV und KFE-RL erfüllt
- Empfehlung zur Durchführung einer Niedrigdosis-CT des Thorax zur Lungenkrebsfrüherkennung nach LuKrFrühErkV

5. Selbsterklärung der Ärztin / des Arztes

Hiermit bestätige ich die Erfüllung der o.g. Punkte und erkläre gemäß § 43 Krebsfrüherkennungs-Richtlinie in Verbindung mit den darin zur Qualifikation verwiesenen Vorschriften der Lungenkrebsfrüherkennungsverordnung (LuKrFrühErkV) sowie den Vorgaben der Bundesärztekammer zu Fortbildungsmaßnahmen für die Lungenkrebsfrüherkennungsuntersuchung mittels Niedrigdosis-Computertomographie, dass ich die erforderlichen fachlichen Voraussetzungen einschließlich der entsprechenden Fortbildung erfülle.

Praxis / Einrichtung

Name der Ärztin / des Arztes

Ort / Datum

Unterschrift