

Zuweisung
**Lungenkrebs-
screening**



Von der Ärztin/dem Arzt auszufüllen:

Patientendaten

Name

Vorname

Geburtsdatum

Hiermit bestätige ich, dass ich gemäß § 6 der Lungenkrebsfrüherkennungs-Verordnung über die erforderliche Qualifikation (inkl. Fortbildung) zur Überweisung im Rahmen des Lungenkrebs-screenings verfüge.

Datum, Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Terminvereinbarung Tel.: 0800 5010505

**Zum Termin bitte die Überweisung
und diesen Zettel im Original mitbringen!**

RVZ OWL eGbR, Ringstraße 44, 32427 Minden

Zielgruppenprüfung Lungenkrebscreening

Die Zielgruppenprüfung sowie das dazugehörige Aufklärungsgespräch müssen durch eine/n qualifizierte/n Ärztin/Arzt erfolgen.

Für die Teilnahme am Lungenkrebscreening müssen alle Aussagen zutreffen:

- Alter zwischen 50 und 75 Jahren
- Aktive/r Raucher/in oder Rauchstopp vor weniger als 10 Jahren
- Mindestens 25 Jahre geraucht
- Mindestens 15 Packungsjahre

$$\text{[]} : 20 \times \text{[]} = \text{[]}$$

Zigaretten : 20 x Raucherjahre = Packungsjahre
pro Tag
(Durchschnitt)

- Letzte CT-Thorax-Untersuchung vor mehr als 12 Monaten
- Keine bekannte Lungenkrebserkrankung
- Keine bekannte, schwere Vorerkrankung, die eine Teilnahme ausschließt
- Bereit für potenziell heilende Behandlung