

## Screeningbogen Lungenkrebs-Früherkennung für Personen zwischen 50 und 75 Jahren

### Bericht entsprechend § 2 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 LuKrFrühErkV

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

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht?

☐ ja

☐ nein

☐ Ex-Raucher, Nikotinkonsum bis: \_\_\_\_\_

Wie viele Jahre haben Sie geraucht? \_\_\_\_\_

Wie viele Packungen rauchen Sie durchschnittlich pro Tag? \_\_\_\_\_

Wurde in den letzten 12 Monaten eine CT-Thorax durchgeführt?

☐ ja

☐ nein

Wurden Sie bereits bezüglich einer Teilnahme am Lungenscreening beraten?

☐ ja

☐ nein

Bestehen bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden Begleiterkrankungen:

☐ COPD / chronische Bronchitis / Lungenemphysem

☐ Lungenkarzinom / pulmonale Rundherde

☐ andere Lungenerkrankungen: \_\_\_\_\_

☐ andere Krebserkrankungen: \_\_\_\_\_

☐ Koronare Herzkrankheiten (KHK) / arterielle Hypertonie

**Vielen Dank für Ihre Angaben!**

.....  
**Dieser Abschnitt wird vom Screening-Personal / ärztlich ausgefüllt:**

Nikotinkarenz seit mehr als 10 Jahre?



☐ ja

☐ nein

Keine Teilnahme an der Früherkennung

Anzahl Packungsjahre: \_\_\_\_\_

Mindestens 15 Packungsjahre?

☐ ja

☐ nein

Nikotinkonsum mindestens 20 Jahre?

☐ ja

☐ nein

Alter zwischen 50 und 57 Jahren?

☐ ja

☐ nein

Gesundheitszustand der eine Teilnahme an der Lungenkrebs-Früherkennung zulässt?

☐ ja

☐ nein

**Wenn die letzten 4 Fragen mit „ja“ beantwortet wurden, erfüllt die Person die Einschlusskriterien:**

**Die Person möchte an der Lungenkrebs-Früherkennung teilnehmen:**

☐ ja

☐ nein

**Die Person stimmt der Befundübermittlung der Lungenkrebs-Früherkennung durch die Radiologie an untenstehenden überweisenden Facharzt zu:**

☐ ja

☐ nein

Eine entsprechende Überweisung und Informationsmaterial wurden ausgehändigt. Über Ziele und Risiken des Screenings wurde entsprechend § 2 Abs. 4 LuKrFrühErkV persönlich aufgeklärt. Möglichkeiten zur Erreichung einer dauerhaften Nikotinkarenz wurden besprochen. Hiermit bestätige ich, dass ich gemäß § 6 der Lungenkrebsfrüherkennungs-Verordnung über die erforderlichen Qualifikationen (inkl. Fortbildung) zur Überweisung im Rahmen der Lungenkrebs-Früherkennung verfüge und ggü. Der KVS erklärt habe.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_

Unterschrift/Stempel Arzt: \_\_\_\_\_