

Ärztlicher Bericht zur Teilnahme am Lungenkrebs-Früherkennungsprogramm mit Niedrigdosis-Computertomographie

Name, Vorname der **versicherten Person**: _____

Geburtsdatum der **versicherten Person**: _____

1. Teilnahmevoraussetzungen

☐ Alter zwischen 50 und 75 Jahren

☐ Zigarettenkonsum seit kumulativ mindestens 25 Jahren und mindestens 15 Packungsjahren;
bei Unterbrechung Abstinenz weniger als 10 Jahre

Berechnete Packungsjahre: _____ ☐ Risikobezogene Teilnahmevoraussetzungen sind erfüllt

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 ärztlich aufgeklärt. Die Entscheidung zur Teilnahme erfolgte informiert und freiwillig.

4. Ärztliche Empfehlung / Überweisung

☐ Teilnahmevoraussetzungen gemäß LuKrFrühErkV und KFE-RL erfüllt

☐ Empfehlung zur Durchführung einer Niedrigdosis-CT des Thorax nach LuKrFrühErkV

5. Selbsterklärung der Ärztin / des Arztes

Hiermit erkläre ich gemäß § 43 KFE-RL in Verbindung mit der LuKrFrühErkV sowie den Vorgaben der Bundesärztekammer, dass ich die erforderlichen fachlichen Voraussetzungen einschließlich der entsprechenden Fortbildung erfülle.

6. Befundübermittlung

Zustimmung der versicherten Person, dass die überweisende Ärztin / der überweisende Arzt den Befund von der Radiologie übermittelt bekommen darf.

☐ Ja ☐ Nein

Ort, Datum, Unterschrift der versicherten Person: _____

Ort, Datum: _____ Name der Ärztin / des Arztes: _____

*Unterschrift: _____ *Praxisstempel:

* Unterschrift der Ärztin / des Arztes sowie Praxisstempel sind erforderlich