

Praxis
Galina Nassyrova
Fachärztin für Allgemeinmedizin

Fr. Galina Nassyrova
Justus-Liebig-Str. 113
95447 Bayreuth
Deutschland

Tel. 0921 - 852585
Fax 0921 - 1503595
E-Mail: info@galina-arzt.de
www.galina-arzt.de

Bericht gemäß § 39 Nr.1 der Krebsfrüherkennungs- Richtlinie zum Lungenkrebs-Screening

PATIENT

Nachname, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Telefonnummer _____

E-Mail _____

ausgefüllt am _____

TEILNAHMEKRITERIEN

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Patient ist zwischen 50 und 75 Jahre alt | ☐ ja | ☐ nein |
| <hr/> | | |
| 2. Letzte CT-Untersuchung (inkl. Lunge) liegt mind. 12 Monate zurück | ☐ ja | ☐ nein |
| <hr/> | | |
| 3. Patient ist aktiver Raucher | ☐ ja | ☐ nein |
| <hr/> | | |
| Falls ja: Gab es Rauchpausen von mehr als 10 Jahren? | ☐ ja | ☐ nein |
| <hr/> | | |
| Falls nein: Wurde das Rauchen vor weniger als 10 Jahren aufgegeben? | ☐ ja | ☐ nein |
| <hr/> | | |
| 4. Patient hat bis jetzt mind. 25 Jahre geraucht | ☐ ja | ☐ nein |
| <hr/> | | |
| 5. Raucherjahre: _____ × Packungen pro Tag: _____ = _____ Packungsjahre | | |
| <i>Beispiel: 32 Jahre × 0,5 Packungen pro Tag = 16 Packungsjahre (1 Packung = 20 Zigaretten)</i> | | |

VOM ARZT AUSZUFÜLLEN

- ☐ Der überweisende Arzt bestätigt die medizinische Eignung des o. g. Versicherten für das Lungenkrebs-Screening.
- ☐ Der überweisende Arzt hat sich durch Fortbildung bzw. im Rahmen der Weiterbildung qualifiziert und ist damit zur Zuweisung von Versicherten zum Lungenkrebs-Screening berechtigt.

Datum _____ Unterschrift/Stempel _____