



HAUSARZTPRAXIS  
**Dr. med. V. Tzalis**  
FACHARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN  
UND INNERE MEDIZIN

Spanierstraße 6 • 76879 Essingen  
Tel. 06347/9191-66 • Fax 06347-9191-68  
info@praxis-suedpfalz.de • www.praxis-suedpfalz.de

## Eignungsprüfung zur Risikogruppe Lungenkrebsfrüherkennung

### Von Patientin/Patient auszufüllen

Nachname: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### Bitte ankreuzen:

- Alter zwischen 50 und 75 Jahren
- Aktuelle/-r Raucher/-in oder Rauchstopp vor weniger als 10 Jahren
- mindestens 25 Jahre geraucht
- mindestens 15 Packungsjahre\*
- letzte CT-Thoraxuntersuchung mehr als 12 Monate zurückliegend
- keine bekannte Lungenkrebserkrankung
- keine bekannte, schwere Vorerkrankung, die eine Teilnahme ausschließt
- bereit für potenziell heilende Behandlung

### \*Berechnung der Packungsjahre:

Jahre (Gesamtdauer des Rauchens) × Packungen/Tag (Durchschnittliche Anzahl der täglich gerauchten Packungen) = Packungsjahre; Beispiel: 32 Jahre × 0,5 Packungen/Tag = 16 Packungsjahre

Hinweis: Alle Punkte müssen erfüllt sein, um als Mitglied der Risikogruppe gewertet zu werden und am Screening-Programm teilzunehmen.

Wenn Sie zu der Risikogruppe gehören, können Sie an der Lungenkrebs-früherkennung teilnehmen. Dafür ist vorab ein Aufklärungsgespräch mit einer Ärztin oder einem Arzt notwendig.

In diesem Gespräch werden Ihnen die Vorteile und möglichen Risiken erklärt und der Ablauf des Programms besprochen. Nach der ersten Terminvereinbarung begleiten Sie unsere Mitarbeitenden Schritt für Schritt durch das Screening-Programm.

In der Regel wird das CT jedes Jahr einmal wiederholt. Das CT dauert nur wenige Minuten und ist schmerzfrei.

**Bitte wenden.**



HAUSARZTPRAXIS  
**Dr. med. V. Tzalis**  
FACHARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN  
UND INNERE MEDIZIN

Spanierstraße 6 • 76879 Essingen  
Tel. 06347/9191-66 • Fax 06347-9191-68  
info@praxis-suedpfalz.de • www.praxis-suedpfalz.de

Seite 2 von 2

### **Zuweisung zur Lungenkrebsfrüherkennung**

Auszufüllen durch Patientin/Patient, gemeinsam mit der/dem zugelassenen niedergelassenen Fachärztin/-arzt für Innere Medizin, Allgemeinmedizin oder Arbeitsmedizin

- Die Patientin/der Patient wurde zu Nutzen und Risiken des Screenings beraten, inklusive: Strahlenexposition (inklusive Risiko für strahleninduzierte Erkrankungen), Möglichkeit von Überdiagnosen und -therapie, Häufigkeit und Folgen falsch positiver und negativer Befunde im Screening, Ablauf des Programms (jährliche CT, ggf. vorgezogene Kontrollen), Risiken zusätzlicher Untersuchungen
- Die Möglichkeiten der Tabakentwöhnung wurden thematisiert und ggf. vermittelt.

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 / Unterschrift Ärztin/Arzt: