Zuweiser Formularvorlage für das Lungenkrebsscreening

Mit der Lungenkrebsfrüherkennung erhalten Sie die Möglichkeit, aktiv etwas für Ihre Gesundheit zu tun. Mithilfe eines speziellen Niedrigdosis-CTs können bereits sehr kleine Veränderungen in der Lunge erkannt werden, noch bevor erste Beschwerden auftreten. Insbesondere Personen mit erhöhtem Risiko können von einer frühen Diagnose im Rahmen des Screening-Programms profitieren. Studien zeigen, dass dadurch die Chance auf ein längeres Leben verbessert werden kann. Auch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) empfiehlt die Teilnahme an der Lungenkrebsfrüherkennung. Die Kosten werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

Eignungsvoraussetzung

- ☐ Alter zwischen 50 und 75 Jahren
- ☐ Mindestens 25 Jahre geraucht
- ☐ Mindestens 15 Packungsjahre
- ☐ Aktuelle*r Raucher*in oder Rauchstopp vor weniger als 10 Jahren
- ☐ Keine bekannte Lungenkrebserkrankung
- ☐ Keine bekannte, schwere Vorerkrankung die eine Teilnahme ausschließt
- ☐ Letzte CT-Thorax-Untersuchung mehr als 12 Monate zurückliegend
- ☐ Bereit für potenziell heilende Behandlung

(Alle Punkte müssen erfüllt sein, um am Screening-Programm teilzunehmen)

Berechnung der Packungsjahre:

Gesamtdauer des Rauchens in Jahren & Durchschnittliche Anzahl der täglich gerauchten Packungen

Jahre x *Packungen /Tag* = *Packungsjahre*

_____ x _____ = _____

Beispiel: 36 Jahre x 0,5 Packung/Tag = 18 Packungsjahre

Wenn Sie zur Risikogruppe gehören, können Sie an der Lungenkrebsfrüherkennung teilnehmen. Vorab findet ein ärztliches Aufklärungsgespräch statt, in dem Nutzen, mögliche Risiken und der Ablauf des Programms erläutert werden.

Nutzen und Risiken

Patient*in wurde zu Nutzen und Risiken des Screenings beraten, inklusive:

- Ablauf des Programms
- Häufigkeit und Folgen falsch positiver und negativer Befunde im Screening
- Möglichkeit von Überdiagnosen und -therapie
- Risiken zusätzlicher Untersuchungen
- Strahlenexposition (mögliches Risiko für strahleninduzierte Folgeerkrankungen)

ZUWEISUNG

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/Unterschrift der Ärztin/des Arztes _____