

# Ärztlicher Bericht zur Teilnahme am Lungenkrebs-Screening mittels Niedrigdosis-Computertomographie

## Versicherte Person

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

## Bitte ausfüllen:

### 1. Teilnahmevoraussetzungen

- Alter zwischen 50 und 75 Jahre
- Zigarettenkonsum mit einer Dauer von kumulativ mindestens 25 Jahren
- Intensität von mindestens 15 Packungsjahren
- Unterbrechung des Zigarettenkonsums weniger als 10 Jahre
- Risikobezogene Teilnahmevoraussetzungen sind erfüllt

Berechnete Packungsjahre: \_\_\_\_\_ PY

### 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 schriftlich und mündlich aufgeklärt (Nutzen, Risiken inkl. Strahlenexposition, falsch-positive und falsch-negative Befunde, Überdiagnosen). 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 zur Lungenkrebsfrüherkennung nach LuKrFrühErkV

### 5. Selbsterklärung der Ärztin / des Arztes

Hiermit bestätige ich die Erfüllung der o.g. Punkte und erkläre gemäß § 43 Krebsfrüherkennungs-Richtlinie in Verbindung mit den darin zur Qualifikation verwiesenen Vorschriften der Lungenkrebsfrüherkennungsverordnung (LuKrFrühErkV) sowie den Vorgaben der Bundesärztekammer zu Fortbildungsmaßnahmen für die Lungenkrebsfrüherkennungsuntersuchung mittels Niedrigdosis-Computertomographie, dass ich die erforderlichen fachlichen Voraussetzungen einschließlich der entsprechenden Fortbildung erfülle.

\_\_\_\_\_  
Praxis / Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Name der Ärztin / des Arztes

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift