

## Bericht für Teilnehmer:innen Lungenkrebsfrüherkennung

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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

Oben genannte Person erfüllt gemäß §2 LuKrFrühErkV die Zulässigkeitskriterien: (bitte bestätigen)

1. ist zwischen 50 und 75 Jahren alt  ja
2. hatte in den letzten 12 Monaten keine CT des Thorax  ja
3. hat/hatte einen Nikotinkonsum von mindestens 25 Jahren Dauer, 15 Packungsjahre und erfüllt ein medizinisches Eignungsprofil  ja
4. wurde schriftlich und mündlich über die Lungenkrebsfrüherkennung informiert.  
Insbesondere Nutzen, Auswirkungen möglicher falscher Ergebnisse, das weitere Vorgehen bei abklärungsbedürftigen Befunden, Risiken und Belastungen der Abklärungsuntersuchungen, sowie die Gefahr der Überdiagnose und der Übertherapie wurden erklärt.  ja
5. wurde über Möglichkeiten der Tabakentwöhnung informiert  ja
6. hat keine typischen Symptome oder konkreten Verdacht auf eine Lungenkrebserkrankung  ja

### Selbsterklärung

Hiermit erklärt die/der Unterzeichner/in, dass sie/er die Voraussetzungen gemäß § 6 Absatz 3 LuKrFrühErkV (Fortbildung / Wissen im Bereich der Lungenkrebsfrüherkennung) erfüllt und der obenstehende Bericht von ihr/ihm erstellt wurde.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name Ärztin/Arzt  
Praxistempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### zur Vorlage im:

AGAPLESION MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM FRANKFURT gGmbH  
Radiologisches Institut  
Radiologie – Nuklearmedizin – Strahlentherapie  
Wilhelm-Epstein-Straße 2, 60431 Frankfurt am Main

T (069) 95 33 - 22 41

F (069) 95 33 - 43 50

E-Mail: [termin.radiologie.MKF@agaplesion.de](mailto:termin.radiologie.MKF@agaplesion.de)

[www.radiologie-markus.de](http://www.radiologie-markus.de)