



## Lungenkrebsscreening

### Zuweisung:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

### Eignungsprüfung zur Risikogruppe

- Alter zwischen 50 und 75 Jahren
- aktuelle\*r Raucher\*in oder Rauchstopp vor weniger als 10 Jahren

MM	YYYY
----	------

Datum des Rauchstopps

- mindestens 25 Jahre geraucht
- mindestens 15 Packungsjahre

#### Berechnung der Packungsjahre

Wieviele Jahre habe ich insgesamt geraucht?

Wieviele Packungen habe ich pro Tag im Durchschnitt geraucht?

Jahre x Packungen/Tag = Packungsjahre    \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ =

- letzte CT Thorax Untersuchung mehr als 12 Monate zurückliegend
- keine bekannte Lungenkrebserkrankung
- keine bekannte, schwere Vorerkrankung, die eine Teilnahme ausschließt  
(hierzu zählen z.B. fortgeschrittene Krebserkrankungen, schwere COPD, schwere Herzinsuffizienz..)
- bereit für potentiell heilende Behandlung

**Alle Punkte müssen erfüllt sein, um als Mitglied der Risikogruppe gewertet zu werden und am Screeningprogramm teilzunehmen.**



## Nutzen und Risiken

Die am Screening interessierte Person wurde zu Nutzen und Risiken beraten, inklusive:

- Strahlenexposition (inkl. 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 Möglichkeit der Tabakentwöhnung wurde 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: