

LUNGENKREBSFRÜHERKENNUNG - PATIENTENFRAGEBOGEN

Bitte zurücksenden an:

Gemeinschaftspraxis Hibbe
Kirchstraße 14
48308 Senden-Ottmarsbocholt

E-Mail: info@praxis-hibbe.de
Fax: 02598 / 986404

Anmeldung zur Erstberatung zur Lungenkrebsfrüherkennung

Sehr geehrte Damen und Herren

Ich möchte am Programm zur Lungenkrebsfrüherkennung teilnehmen und sende den untenstehenden Fragebogen, meine Kontaktdaten und einen Versichertennachweis mit diesem Schreiben mit.

Name:

Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ:

Ort:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Mobilnummer:

E-Mailadresse:

LUNGENKREBSFRÜHERKENNUNG - PATIENTENFRAGEBOGEN

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- ☐ Ich erfülle die Kriterien für das Lungenkrebsscreening
Bitte Nachweis beifügen (z. B. PDF der Screeningseite www.lungenkrebs-erkennung.de)
- ☐ Die Patientenbroschüre zur Lungenkrebsfrüherkennung habe ich erhalten bzw. heruntergeladen und gelesen
Download entweder über www.lunge-stuttgart.de oder g-ba.de/downloads/17-98-6054/2025-12-18_G-BA_VI_Lungenkrebsfrueherkennung_BF.pdf
- ☐ Ich habe innerhalb der vergangenen 12 Monate keine Thorax-CT-Untersuchung der Lungen erhalten.
- ☐ Ich möchte zusätzlich zum Früherkennungsprogramm eine Lungenfunktionsuntersuchung durchführen lassen.

Für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV):

- ☐ Ich wurde bislang von keinem anderen Arzt zum Lungenkrebsscreening beraten. Da die Erstberatung zum Lungenkrebsscreening pro Teilnehmerin/Teilnehmer nur einmalig abrechenbar ist, müssten wir Ihnen die Leistung als Privatrechnung in Rechnung stellen (Ziffer 3 mit Steigerungsfaktor 4 (34,97 €) zzgl. Ziffer 70 x 2,3 (5,36 €)), falls entgegen Ihrer Aussage bereits eine Erstberatung stattgefunden hat und abgerechnet wurde.

Für Versicherte in der privaten Krankenversicherung (PKV):

- ☐ Die Information für PKV-Versicherte habe ich erhalten/heruntergeladen und gelesen. Ich willige in die darin aufgeführten Steigerungsfaktoren ein (Bitte Einwilligung unterschrieben beifügen).

Ort /Datum

Unterschrift Patientin/Patient