

Meine Referenznummer:



**darmkrebs
vorsorge
programm**

Gesundheitsfragebogen Darmspiegelung

Wichtig: Die Darmspiegelung kann nur durchgeführt werden, wenn die letzte Darmspiegelung mindestens 10 Jahre und der letzte FIT-Test mindestens 2 Jahre zurückliegen.

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen und senden Sie die ausgefüllten Unterlagen per Email an darmkrebsvorsorge@krebsliga-ostschweiz.ch oder per Post an Darmkrebsvorsorge-Programm, Flurhofstrasse 7, 9000 St.Gallen.

1. Ich hatte bereits eine Darmspiegelung in den letzten 10 Jahren.

Nein Ja

Wenn Sie diese Frage mit Ja beantworten, können Sie keine Darmspiegelung über das Programm machen. Wir laden Sie gerne 10 Jahre nach Ihrer letzten Darmspiegelung wieder ein (bis zum 75. Geburtstag), wenn Sie uns das Datum angeben.

Wenn ja, wann fand die letzte Darmspiegelung statt?

Datum (Monat/Jahr): ____ / ____

2. Ich habe oder hatte Darmkrebs.

Nein Ja

Wenn Sie diese Frage mit Ja beantwortet haben, ist eine Teilnahme am Programm leider nicht möglich. Wir empfehlen Ihnen, Ihre Ärztin oder Ihren Arzt zu kontaktieren.

3. Ich habe einen Verwandten ersten Grades in meiner Familie (Vater, Mutter, Bruder, Schwester oder Kind), der vor dem 50. Lebensjahr Darmkrebs hatte.

Nein Ja

Wenn Sie diese Frage mit Ja beantwortet haben, können Sie trotzdem eine Darmspiegelung durchführen lassen. Wir empfehlen Ihnen jedoch zusätzlich eine entsprechende Fachberatung und / oder eine genetische Beratung.

Bei langanhaltenden Schmerzen oder Durchfall und wenn Sie bereits Blut im Stuhl von Auge sehen können, raten wir Ihnen Ihre Ärztin oder Ihren Arzt zu konsultieren. Eine Teilnahme am Programm ist in diesen Fällen nicht möglich.



Meine Referenznummer:

Angaben und Einverständniserklärung

Bitte ergänzen Sie folgende Angaben:

Name, Vorname:	Adresse:
Geburtsdatum:	

Name d. Krankenkasse:	Ihre Email-Adresse:
Versicherten-/Policen-Nr.:	Ihre Telefonnummer:

Wir empfehlen Ihnen, uns Ihre Ärztin oder Ihren Arzt anzugeben, damit wir sie/ihn über Ihre Untersuchungsergebnisse informieren können:

Name Vorname _____
Adresse, PLZ / Ort _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich

- am kantonalen Darmkrebsvorsorge-Programm teilnehmen möchte.
- Gesundheitsfragebogen und Beiblatt wahrheitsgetreu ausgefüllt habe.
- Informationsmaterial erhalten und mich damit über die Darmkrebsvorsorge informiert habe.
- verstehe, dass meine Daten in anonymer Form für statistische Zwecke und für die Qualitätssicherung des Programms verwendet werden.
- keine automatische Rechnungskopie erhalte, weil diese Untersuchung mit einem Fixbetrag und ohne Berücksichtigung der Franchise abgerechnet und lediglich ein Selbstbehalt von 10% in Rechnung gestellt wird. Falls ich eine Kopie wünsche, wende ich mich an das Programmzentrum.

Datum _____

Unterschrift _____

Ohne Ihre Unterschrift kann die Darmspiegelung nicht franchisenbefreit über das Programm abgerechnet werden.

Durch meine Teilnahme erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten

- bei Bedarf an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte übermittelt werden.
- bei einer Diagnose von Darmkrebs dem kantonalen Krebsregister gemeldet werden.
- bei einem unauffälligen Befund in reduzierter Form (Name, Vorname, Geburtsdatum, Postleitzahl) an das kantonale Krebsregister gemeldet werden; dies dient der Beobachtung von Intervallkrebs (Darmkrebsdiagnose zwischen zwei Untersuchungen) und damit der Qualitätssicherung im Programm.
- im Falle eines Umzugs auf Anfrage an das Vorsorge-Programm meines neuen Wohnkantons weitergeleitet werden.

Die Daten werden gemäss den gesetzlichen Vorschriften verwendet. Sie haben das Recht, Auskunft zu Ihren Daten und entsprechende Einsicht schriftlich zu verlangen. Sie können Ihr Einverständnis jederzeit zurückziehen.