

Meine Referenznummer:



Gesundheitsfragebogen – FIT-Test

Wichtig: Der FIT-Test 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:

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

Nein Ja

Wenn Sie diese Frage mit Ja beantworten, führen Sie den Test nicht durch. Wir laden Sie gerne 10 Jahre nach Ihrer letzten Darmspiegelung wieder ein (bis zum 70. Geburtstag), wenn Sie uns das Datum angeben.

Wenn ja, wann fand die letzte Darmspiegelung statt?

Datum (Monat/Jahr): ____/____

Ist eine nächste Darmspiegelung in weniger als 10 Jahren geplant?

Nein Ja, wann: ____/____

2. Ich habe 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 den FIT-Test trotzdem durchführen. 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:

Beiblatt zum «Blut-im-Stuhl Test»

Bitte ergänzen Sie zuerst folgende persönliche 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 _____



Bitte hier Barcode vom Teströhrchen aufkleben

Datum der Stuhlprobeentnahme

____.____.____

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 anonymisierter 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 _____

Bitte unterschreiben Sie. Ohne Ihre Unterschrift kann der FIT-Test nicht analysiert 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.

ostschweiz.krebsliga.ch/darm, darmkrebsvorsorge@krebsliga-ostschweiz.ch
Gratis-Infonummer 0800 119 900, 9 – 12 Uhr und 13 – 15 Uhr

Ein Programm der Krebsliga Ostschweiz