darmkrebs vorsorge programm

Gesundheitsfragebogen

Meine Referenz-Nr.: _____

Wichtig: Der «Blut-im-Stuhl Test» kann nur durchgeführt werden, wenn die letzte Darmspiegelung mindestens 10 Jahre zurückliegt und Sie nicht innerhalb der letzten 2 Jahre einen «Blut-im-Stuhl Test» gemacht haben.

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen:

1. Ich habe oder hatte Darmkrebs.

☐ Nein ☐ Ja

Wenn Sie diese Frage mit Ja beantwortet haben und in regelmässiger Kontrolle bei einer Fachärztin oder einem Facharzt sind, ist eine Teilnahme am Programm nicht möglich. Haben oder hatten Sie Darmkrebs und sind nicht in regelmässiger Kontrolle, empfehlen wir Ihnen Ihre Ärztin oder Ihren Arzt zu kontaktieren.

2. 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 beigelegten Blut-im-Stuhl Test durchführen. Wir empfehlen Ihnen jedoch zusätzlich eine entsprechende Fachberatung und / oder eine genetische Beratung.

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

☐ Nein ☐ Ja

Wenn Sie diese Frage mit Ja beantwortet haben, können Sie 10 Jahre **nach** Ihrer letzten Darmspiegelung einen «Blut-im-Stuhl Test» oder eine Darmspiegelung über das Programm durchführen. Geben Sie das Datum an und wir laden Sie gerne nach Ablauf der Frist wieder ein (bis 70 Jahre).

Wenn ja, wann fand die letzte Darmspiegelung statt?

Datum (Monat/Jahr): _____

Ist eine nächste Darmspiegelung in weniger als 10 Jahren geplant?

☐ Nein ☐ Ja, wann: _____

4. Ich erlebe derzeit anhaltende und unerklärliche Symptome im Zusammenhang mit dem Darm (Beispiele: veränderte Stuhlgewohnheiten, Verdauungsbeschwerden).

☐ Nein ☐ Ja

Wenn Sie bereits Blut im Stuhl sehen, schon länger Durchfall oder Schmerzen haben, führen Sie den Test nicht durch. Konsultieren Sie bitte Ihre Ärztin oder Ihren Arzt.

Gratis-Infonummer 0800 119 900
Flurhofstrasse 7, 9000 St.Gallen, darmkrebsvorsorge@krebsliga-ostschweiz.ch, ostschweiz.krebsliga.ch/darm

Beiblatt zum «Blut-im-Stuhl Test»

darmkrebs vorsorge programm

Referenznummer:

Bitte ergänzen Sie zuerst folgende persönliche Angaben:

Name, Vorname: …….. Geburtsdatum: ……	Adresse: …….. ……..

Krankenkasse (KVG): …….....	Versicherten-Nr./Policen-Nr.: ….....
Telefonnummer: ……	Emailadresse: …….....

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

Name Vorname _____
Adresse, PLZ / Ort _____

! Bitte hier Barcode vom Teströhrchen aufkleben

Datum der Stuhlprobeentnahme
_____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich den Gesundheitsfragebogen wahrheitsgetreu ausgefüllt habe.
- ich Informationsmaterial erhalten und mich damit über die Darmkrebsvorsorge informiert habe.
- ich verstehe, dass meine Daten in anonymisierter Form für statistische Zwecke und für die Qualitätssicherung des Programms verwendet werden.
- ich am kantonalen Darmkrebsvorsorge-Programm teilnehmen möchte.
- ich 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 Blut-im-Stuhl Test nicht analysiert werden.

Durch meine Teilnahme erkläre ich mich einverstanden, dass

- die im Vorsorge-Programm erhobenen Daten bei Bedarf an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte übermittelt werden dürfen.
- meine Daten bei einer Diagnose von Darmkrebs dem kantonalen Krebsregister gemeldet und bei einem unauffälligen Befund ein minimaler Datensatz (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.
- meine Daten 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.

Gratis-Infonummer 0800 119 900
Flurhofstrasse 7, 9000 St.Gallen, darmkrebsvorsorge@krebsliga-ostschweiz.ch, ostschweiz.krebsliga.ch/darm

Ein Programm der Krebsliga Ostschweiz