



## Gesundheitsfragebogen

**Wichtig:** Der Blut-im-Stuhl Test kann nur durchgeführt werden, wenn die letzte Darmspiegelung mindestens 10 Jahre zurückliegt. Geben Sie uns das Datum bei Frage 3 an und wir laden Sie gerne nach Ablauf der Frist wieder ein (bis und mit 69 Jahre).

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 gerne verwenden und zurücksenden. 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 und mit 69 Jahre).

**Wenn ja, wann fand die letzte Darmspiegelung statt?**

Datum: \_\_\_\_\_

**Grund:**

Krankheit  Polypen  andere: \_\_\_\_\_

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

Nein  Ja

Wenn Sie diese Frage mit Ja beantwortet haben, können Sie den beigelegten Blut-im-Stuhl Test verwenden und zurücksenden. Bei anhaltenden und unerklärlichen Symptomen ist es wichtig zusätzlich mit einer Ärztin oder einem Arzt zu sprechen. Sollten Sie bereits Blut im Stuhl festgestellt haben, empfehlen wir Ihnen den Test nicht durchzuführen, sondern direkt Ihre Ärztin oder Ihren Arzt zu konsultieren.



# Beiblatt zum Blut-im-Stuhl Test



**darmkrebs  
vorsorge  
programm**

Referenznummer:

**Bitte ergänzen Sie zuerst folgende persönliche Angaben:**

Name, Vorname: ..... Geburtsdatum: .....	Adresse: ..... .....
--	----------------------------

Versicherungs-Nr.: .....	Krankenkasse (KVG): .....
Tel. Privat: .....	Mobilnummer: .....

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 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@krebsslga-ostschweiz.ch, ostschweiz.krebsslga.ch/darm