

Arztstempel/Praxisstempel
---------------------------

## Erklärung zur Teilnahme am Lungenkrebs-Screening für Menschen mit starkem Zigarettenkonsum als zuweisender Arzt

### Allgemeine Hinweise:

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet. Bitte füllen Sie das Formular vollständig und in Druckbuchstaben aus.

### Teilnehmender Arzt

Vorname, Name

Lebenslange Arztnummer

--	--

- Facharzt für Allgemeinmedizin       Facharzt für Innere Medizin

### Zulassung / ggf. Anstellung bei

Name und Anschrift der Arztpraxis / der BAG / des MVZ / des Instituts

--

Ansprechpartner für Rückfragen:

\_\_\_\_\_

Name, Telefonnummer, E-Mail

### Fachliche Qualifikation

Nachweis über die Teilnahme an einem von einer Landesärztekammer anerkannten Fortbildungskurs für die Lungenkrebsfrüherkennung

**Hinweis:** Der entsprechende Nachweis ist dem Antrag beizufügen.

### Rechtlicher Hintergrund

Verordnung zur Lungenkrebs-Früherkennung (LuKrFrühErkV) sowie Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen (KFE-RL)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift teilnehmender Arzt

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ansteller/Arbeitgeber