

Anmeldung zum Darmkrebs-Screening

Patient/Patientin

Name
Vorname
Strasse
PLZ / Ort
Geb.dat.
AHV-Nr.
Telefon
Mail

Geschlecht

Empfänger:

Die Einschlusskriterien wurden geprüft

Die Patientin/der Patient wurde über die erforderliche online Selbstregistrierung aufgeklärt

Grund der Überweisung: **VORSORGE IM KANTONALEN PROGRAMM**

Teilnehmende Gastroenterologen BS/BL: <https://www.screening-darm.ch/ueber-uns>

Teilnehmende Gastroenterologen BE: <https://www.screening-be.ch/ueber-uns>

Medizinische Informationen an den Gastroenterologen

(wie Begleiterkrankungen, Einnahme von Blutverdünner, Allergien; medizinische Berichte etc.)

Zuweiser/Zuweiserin

Gastroenterologe/Gastroenterologin

Mail
Tel.
GLN
ZSR

Mail
Tel.
GLN
ZSR

Datum

Unterschrift

bei elektronischer Einsendung unnötig

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die zuständige Stelle bei der Krebsliga