


An- und Abmeldeformular

A: Persönliche Angaben

Persönliche Referenznummer:

Name: _____ Vorname: _____ 

Geburtsdatum: _____ Hausärztin/-arzt: _____

AHV-Nummer: _____ Krankenkasse: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen:

JA

NEIN 

1. Ich hatte eine Darmspiegelung in den vergangenen 10 Jahren.

2. Ich habe aktuell Darmprobleme (z.B. Blut im Stuhl).

1x oder 2x JA: Füllen Sie bitte
auf der Rückseite Teil E aus.

2x NEIN: Wählen Sie bitte zwischen
Stuhltest und Darmspiegelung (Teil B).

B: Auswahl zwischen Stuhltest oder Darmspiegelung

Falls bei nahen Verwandten (Eltern, Geschwister, Kinder) Darmkrebserkrankungen bekannt sind, wird eine Darmspiegelung empfohlen. Ansonsten ist die Auswahl frei.

Ja, ich bestelle einen Stuhltest 

Senden Sie uns dieses Formular unterschrieben zurück und der Stuhltest mit Anleitung wird Ihnen direkt nach Hause gesendet.

oder

Ja, ich möchte eine Darmspiegelung machen 

Senden Sie uns dieses Formular unterschrieben zurück **und** melden Sie sich bei Ihrer Hausärztin/Ihrem Hausarzt, sodass sie/er Sie einer Magendarm-Spezialistin oder einem Magendarm-Spezialisten zuweist.

C: Unterschrift

Mit dieser Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Einverständniserklärung auf der Rückseite gelesen haben und einverstanden sind.

Datum:

Unterschrift:

D: Einverständniserklärung

Mit meiner Unterschrift

- bestätige ich, dass ich über die Funktionsweise der Vorsorge und Früherkennung, ihre Vorteile und ihre Grenzen informiert wurde.
- erlaube ich die Übermittlung und den Austausch meiner medizinischen und personenbezogenen Daten (nachfolgend «Daten») zwischen den am Screening beteiligten Fachpersonen, sowohl per Post als auch elektronisch, sowie die Erfassung und Archivierung meiner Daten durch die Krebsliga beider Basel; diese Daten werden vertraulich behandelt; ich wurde mit der Einladung ausführlich über die Nutzung, Weitergabe und Speicherung meiner Daten informiert, ich habe das Recht, meine Daten jederzeit einzusehen, zu berichtigen und Widerspruch einzulegen.
- erlaube ich den Informationsaustausch zwischen der/dem von mir bezeichneten Ärztin/Arzt und der Abteilung für Vorsorge & Früherkennung der Krebsliga beider Basel.
- erlaube ich den Abgleich meiner Daten durch die Krebsliga beider Basel mit dem Krebsregister beider Basel.
- erlaube ich, dass das Krebsregister beider Basel Informationen über eine allfällige bei mir diagnostizierte Erkrankung des Darms an die Krebsliga beider Basel weiterleitet.
- erlaube ich, dass meine anonymisierten Daten für statistische Zwecke und zur Qualitätsverbesserung des Programms verwendet werden können.
- erlaube ich, dass mein Dossier im Falle eines Umzugs an das Vorsorge-Programm meines neuen Wohnkantons weitergeleitet wird.
- erlaube ich die Übermittlung von Ergebnissen allfälliger Folgeuntersuchungen der Screening-Untersuchung an die Krebsliga beider Basel.

E: Später teilnehmen oder abmelden

Ich kann/möchte nicht teilnehmen, weil

ich eine **Darmspiegelung** (Datum MM/JJ): _____
in den vergangenen 10 Jahren hatte. Laden Sie mich bitte nach Ablauf der 10 Jahre wieder ein
(bis zum 70. Geburtstag).

ich **später** teilnehmen möchte. Senden Sie mir bitte in _____ Monaten wieder eine
Einladung.

ich aktuell **Darmprobleme** (z.B. Blut im Stuhl) habe, die ich unabhängig abkläre.

ich **Darmkrebs** habe oder hatte.

ich aus medizinischen Gründen **häufigere Darmspiegelungen** (z. B. alle 5 Jahre) brauche.

Ich möchte **nicht teilnehmen**. Senden Sie mir bitte keine Einladungen mehr.

Anderes: