Radiologische Praxis Dorsten

Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT)
Prostata-MRT, Ganzkörper-MRT, Mamma-MRT
Computer-Tomographie (CT)
Cardio-CT, Lungenkrebsfrüherkennung, Schmerztherapie
Mammographie · Röntgen

Borkener Str. 136 · 46284 Dorsten
Tel.: 02362 / 94 41-0 · Fax: 02362 / 94 41-22
lungenscreening@radiologie-dorsten.com
www.radiologie-dorsten.com
www.lungenscreening-dorsten.de

FAXVORLAGE · EINMALIG

Qualifikationsnachweis für zuweisende Ärztinnen und Ärzte

An: Radiologische Praxis Dorsten · Lungenkrebs-Screening
Fax: 02362 / 94 41-22 oder **E-Mail: lungenscreening@radiologie-dorsten.com**

Bitte einmalig ausfüllen und zusammen mit einer Kopie Ihrer Fortbildungsbescheinigung senden. Danach genügt pro Patient der Bericht nach § 39 Nr. 1 KFE-RL.

Ärztin / Arzt

Titel, Vorname, Name _____ LANR _____

Fachgebiet: ☐ Allgemeinmedizin ☐ Innere Medizin ☐ Innere und Allgemeinmedizin
☐ Arbeitsmedizin ☐ Praktische/r Ärztin/Arzt bzw. ohne Gebietsbezeichnung

Praxis

Praxisname _____ BSNR _____

Straße, PLZ, Ort _____ Telefon _____

Fax _____ E-Mail _____

Fortbildung nach § 6 LuKrFrühErkV

Veranstalter der Fortbildung _____ Datum der Teilnahme / Bescheinigung _____

☐ Kopie der Fortbildungsbescheinigung liegt bei

Optional: Eintrag auf unserer Website

Dürfen wir Ihre Praxis auf lungenscreening-dorsten.de als teilnehmende Praxis für die Erstberatung nennen (Praxisname, Ort, Telefon)? So finden Patientinnen und Patienten leichter eine Ansprechpartnerin oder einen Ansprechpartner.

☐ ja, gern ☐ nein (jederzeit widerrufbar per Fax oder E-Mail)

Bestätigung

Ich bestätige, dass ich die Voraussetzungen für die Zuweisung von Versicherten zum Lungenkrebs-Screening nach LuKrFrühErkV und KFE-RL erfülle.

Ort, Datum _____ Unterschrift und Praxisstempel _____