

## Für Interessierte:

Mit der neuen Lungenkrebsfrüherkennung bieten wir Ihnen die Chance, Ihre Gesundheit aktiv zu schützen.

Ein spezielles Niedrigdosis-CT kann auch kleine Veränderungen in der Lunge sichtbar machen, lange bevor erste Beschwerden auftreten. Wer zu der Risikogruppe gehört, profitiert mit einem verlängerten Leben von einer frühzeitigen Diagnose durch das Screening-Programm.

Auch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) empfiehlt die Teilnahme an der Lungenkrebsfrüherkennung. Die Kosten dafür werden von den Krankenkassen übernommen.

Am Universitätsklinikum Freiburg bündeln wir modernste CT-Bildgebung, ärztliche Expertise und eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit. Von der Terminvereinbarung über die Untersuchung bis zur Befundbesprechung begleiten wir Sie persönlich und verlässlich.

Wenn Sie zur Risikogruppe gehören, würden wir uns freuen, Sie in unserem CT-basierten Screening-Programm zur Lungenkrebsfrüherkennung begrüßen zu dürfen – für Ihre Gesundheit und Ihre Zukunft.

Ihr  
**Prof. Dr. Christopher L. Schlett, MPH**  
Universitätsklinikum Freiburg

## KONTAKT

### Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie des Universitätsklinikums Freiburg

Sektion für Kardiothorakale Bildgebung

✉ [LungenkrebsScreening@uniklinik-freiburg.de](mailto:LungenkrebsScreening@uniklinik-freiburg.de)  
[www.lungenkrebscreening-freiburg.de](http://www.lungenkrebscreening-freiburg.de)

#### CT Untersuchung in Freiburg

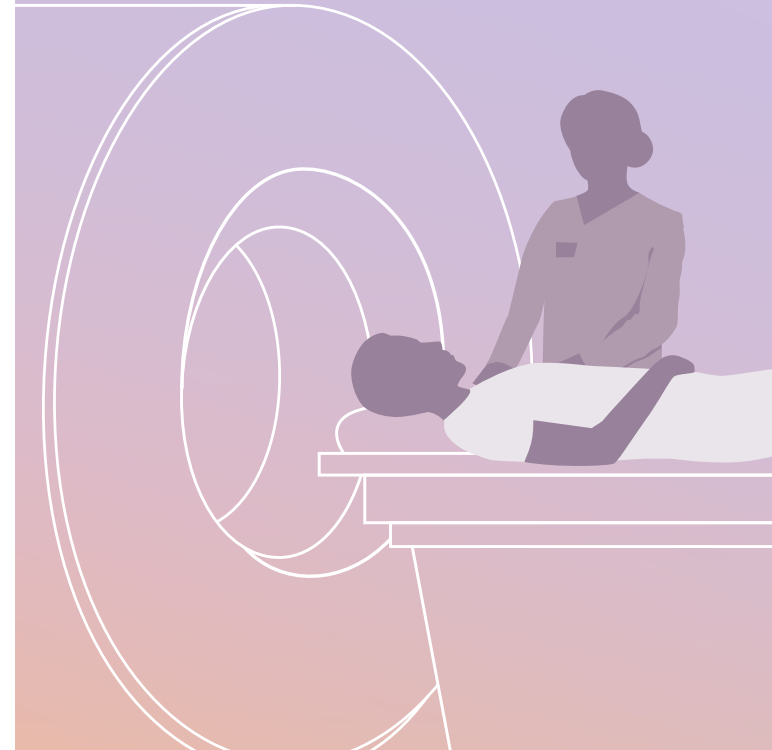
Radiologie – Schnittbildzentrum  
Hugstetter Straße 55  
79106 Freiburg

#### CT Untersuchung in Bad Krozingen

Radiologie – Campus Herzzentrum  
Südring 15  
79189 Bad Krozingen

Stand bei Drucklegung

Herausgeber: Universitätsklinikum Freiburg | © 2026  
Redaktion: Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie  
Gestaltung: Medienzentrum



Lungenkrebsfrüherkennung

# Gesunde Lunge

Checkliste für die Zuweisung  
gemäß LuKrFrühErkV (Formular A)

## EIGNUNGSPRÜFUNG

### ZUR RISIKOGRUPPE:

- Alter zwischen 50 und 75 Jahren
- aktuelle\*r Raucher\*in oder Rauchstopp vor weniger als 10 Jahre
- MM | YYYY  
Datum des Rauchstopps
- mindestens 25 Jahre geraucht
- mindestens 15 Packungsjahre

#### Berechnung der Packungsjahre

Gesamtdauer des Rauchens in Jahren  
Durchschnittliche Anzahl der täglich gerauchten Packungen

Jahre × Packungen/Tag = Packungsjahre

×  =

Beispiel: 44 Jahre × 0,5 Packung/Tag = 22 Packungsjahre

- letzte CT-Thorax-Untersuchung mehr als 12 Monate zurückliegend
- keine bekannte Lungenerkrankung
- keine bekannte, schwere Vorerkrankung, die eine Teilnahme ausschließt
- bereit für potenziell heilende Behandlung

 **Alle Punkte müssen erfüllt sein, um als Mitglied der Risikogruppe gewertet zu werden und am Screening-Programm teilzunehmen.**

## ZUSAMMEN MIT DER ÄRZTIN ODER DEM ARZT AUSZUFÜLLEN

Wenn Sie zu der Risikogruppe gehören, können Sie an der Lungenkrebsfrüherkennung teilnehmen. Dafür ist vorab ein Aufklärungsgespräch mit einer Ärztin oder einem Arzt nötig.

In diesem Gespräch werden Ihnen die Vorteile und möglichen Risiken erklärt und der Ablauf des Programms besprochen. Nach der ersten Terminvereinbarung begleiten Sie unsere Mitarbeitenden Schritt für Schritt durch das Screening-Programm.

In der Regel wird das CT jedes Jahr einmal wiederholt. Das CT dauert nur wenige Minuten und ist schmerzfrei.

## NUTZEN UND RISIKEN

Die am Screening interessierte Person wurde zu Nutzen und Risiken beraten, inklusive:

- Strahlenexposition (inkl. Risiko für strahleninduzierte Erkrankungen)
- Möglichkeit von Überdiagnosen und -therapie
- Häufigkeit und Folgen falsch positiver und negativer Befunde im Screening
- Ablauf des Programms (jährliche CT, ggf. vorgezogene Kontrollen)
- Risiken zusätzlicher Untersuchungen

Die Möglichkeiten der Tabakentwöhnung wurde thematisiert und ggf. vermittelt.

## ZUWEISUNG

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: DD | MM | YYYY

Am UKF bekannt:

ja  nein  weiß nicht

Hiermit bestätige ich, dass ich gemäß §6 der Lungenkrebsfrüherkennungs-Verordnung über die erforderliche Qualifikation (inkl. Fortbildung) zur Überweisung im Rahmen des Lungenkrebs-Screenings verfüge.

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

Stempel/Unterschrift der Ärztin/des Arztes: \_\_\_\_\_

## TERMINVEREINBARUNG

[www.lungenkrebscreening-freiburg.de](http://www.lungenkrebscreening-freiburg.de)



Den Termin können Sie entweder direkt über den QR-Code oder telefonisch unter ☎ **0761 270 39090** vereinbaren.

**Bitte legen Sie dieses Formular im Original unterschrieben zu Ihrem CT-Termin vor.** 