

# HAUTKREBS – FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNG

IM AUFTRAG DES LANDES SALZBURG UND DER KRANKENKASSEN



- |                               |  |                               |  |  |
|-------------------------------|--|-------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> SGKK | Salzburger Gebietskrankenkasse                   | <input type="checkbox"/> VAEB | Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |
| <input type="checkbox"/> BVA  | Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter     | <input type="checkbox"/> SVB  | Versicherungsanstalt der Bauern                  |  |
| <input type="checkbox"/> SVA  | Versicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft | <input type="checkbox"/> KFA  | Kranken-Fürsorgeanstalt                          |  |
- Aussteller/in – bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

weiblich  männlich

FAMILIENNAME(N)	VORNAME(N)	Versicherungsnummer		
<b>PATIENT/IN</b>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			TAG	MONAT
				JAHR

ANSCHRIFT

<b>VERSICHERTE/R</b> (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		TAG	MONAT
			JAHR

Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

## KLINISCHE DIAGNOSEN

- |                         | Nein                     | Ja                       |             |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|
| 1 Congenitaler Naevus   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zahl: _____ |
| 2 Dysplastischer Naevus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zahl: _____ |
| 3 Melanom               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zahl: _____ |

## HISTOPATHOLOGISCHER BEFUND

- |                                 | Nein                     | Ja                       |                          |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Congenitaler Naevus           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zahl: _____              |
| 2 Dysplastischer (Clark) Naevus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zahl: _____              |
| 3 Melanom                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | BRESLOW _____ Millimeter |

\_\_\_\_\_  
Untersuchende/r Ärztin/Arzt

**Ich stimme zu, dass dieses Formular mit meinen persönlichen und medizinischen Daten im Rahmen der Hautkrebs-Früherkennungsuntersuchung vom Hautarzt/von der Hautärztin zu Abrechnungszwecken an AVOS übermittelt wird. Weiters stimme ich zu, dass das Ergebnis einer eventuellen histologischen Untersuchung in anonymisierter Form zur wissenschaftlichen Dokumentation der Universitätsklinik für Dermatologie der PMU Salzburg bekannt gegeben wird. Ich kann letztere Zustimmung jederzeit gegenüber meinem/r Hautarzt/Hautärztin widerrufen.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in