

# Vorsorgepass zur Früherkennung von Krebs bei Frauen



NIEDERSÄCHSISCHE  
KREBSGESELLSCHAFT E.V.

In Niedersachsen erkranken rund 48.000 Menschen jährlich neu an Krebs. Wird Krebs früh erkannt, ist er in den meisten Fällen heilbar.

Deshalb ist es wichtig, regelmäßig die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wahrzunehmen.

Dieser Vorsorgepass soll Sie an die regelmäßige Teilnahme erinnern; gleichzeitig hilft er Ihnen und Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt, die durchgeführten Untersuchungen zu dokumentieren.

**Bitte legen Sie diesen Pass bei jeder Krebsfrüherkennungsuntersuchung vor.**

**Herausgeber:**

Niedersächsische Krebsgesellschaft e. V.

2. überarbeitete Auflage, April 2013

Name | Vorname

Geburtsdatum

Straße | Hausnummer

Postleitzahl | Ort

Telefon

Je früher Krebs erkannt wird, desto eher ist er heilbar. Krebsfrüherkennungsprogramme gehören deshalb zu den Standardleistungen der gesetzlichen Krankenkassen.

Diese umfassen bei Frauen **einmal jährlich** folgende Untersuchungen (Stand März 2011):

**Ab dem Alter  
von 20 Jahren:**

- Einmalige Erfassung der Krankengeschichte
- Untersuchung des inneren und äußeren Genitales
- Abstrichuntersuchung von Gebärmutterhals und -mund

**Ab dem Alter  
von 30 Jahren zusätzlich:**

- Abtasten der Brust und der benachbarten Lymphknoten
- Anleitung zur regelmäßigen Selbstabtastung der Brust

**Ab dem Alter  
von 35 Jahren zusätzlich:**

- Ganzkörperuntersuchung der Haut alle zwei Jahre

**Ab dem Alter  
von 50 Jahren zusätzlich:**

- Test auf verborgenes (okkultes) Blut im Stuhl

**Ab dem Alter  
von 55 Jahren zusätzlich:**

- Eine Darmspiegelung, die im Abstand von mind. zehn Jahren einmal wiederholt werden kann
- oder**
- Test auf verborgenes (okkultes) Blut im Stuhl alle zwei Jahre

**Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren können zusätzlich alle zwei Jahre kostenlos am Mammographie-Screening, einer Röntgen-Reihenuntersuchung zur Früherkennung vom Brustkrebs, teilnehmen.**

**> Verschiedene ergänzende Untersuchungen können medizinisch sinnvoll sein, werden aber in der Regel nicht von den Krankenkassen bezahlt. Sie sind im Gegensatz zu den gesetzlichen Untersuchungen auf den folgenden Seiten nicht in Fettschrift gedruckt.**

Datum

<b>Krankengeschichte</b>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Untersuchung	<input type="checkbox"/>
<b>Gynäkologische Untersuchung</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Abstrich (PAP-Test)</b>	<input type="checkbox"/>
Intravaginaler Ultraschall	<input type="checkbox"/>
HPV-Test	<input type="checkbox"/>
Urinuntersuchung	<input type="checkbox"/>
<b>Abtasten der Brust und Lymphknoten</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Anleitung zur Selbstuntersuchung der Brust</b>	<input type="checkbox"/>
Mammographie	<input type="checkbox"/>
Mammasonographie	<input type="checkbox"/>
MRT der Brust	<input type="checkbox"/>
Austastung des Enddarmes	<input type="checkbox"/>
<b>Test auf verborgenes (okkultes) Blut im Stuhl</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Darmspiegelung</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Ganzkörperuntersuchung der Haut</b>	<input type="checkbox"/>

**Nächster Untersuchungstermin:**

Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Datum

Datum

Stempel

Stempel

---

Unterschrift

---

Unterschrift

Datum

<b>Krankengeschichte</b>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Untersuchung	<input type="checkbox"/>
<b>Gynäkologische Untersuchung</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Abstrich (PAP-Test)</b>	<input type="checkbox"/>
Intravaginaler Ultraschall	<input type="checkbox"/>
HPV-Test	<input type="checkbox"/>
Urinuntersuchung	<input type="checkbox"/>
<b>Abtasten der Brust und Lymphknoten</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Anleitung zur Selbstuntersuchung der Brust</b>	<input type="checkbox"/>
Mammographie	<input type="checkbox"/>
Mammasonographie	<input type="checkbox"/>
MRT der Brust	<input type="checkbox"/>
Austastung des Enddarmes	<input type="checkbox"/>
<b>Test auf verborgenes (okkultes) Blut im Stuhl</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Darmspiegelung</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Ganzkörperuntersuchung der Haut</b>	<input type="checkbox"/>

**Nächster Untersuchungstermin:**

Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



Datum

Datum

Stempel

Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Datum

<b>Krankengeschichte</b>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Untersuchung	<input type="checkbox"/>
<b>Gynäkologische Untersuchung</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Abstrich (PAP-Test)</b>	<input type="checkbox"/>
Intravaginaler Ultraschall	<input type="checkbox"/>
HPV-Test	<input type="checkbox"/>
Urinuntersuchung	<input type="checkbox"/>
<b>Abtasten der Brust und Lymphknoten</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Anleitung zur Selbstuntersuchung der Brust</b>	<input type="checkbox"/>
Mammographie	<input type="checkbox"/>
Mammasonographie	<input type="checkbox"/>
MRT der Brust	<input type="checkbox"/>
Austastung des Enddarmes	<input type="checkbox"/>
<b>Test auf verborgenes (okkultes) Blut im Stuhl</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Darmspiegelung</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Ganzkörperuntersuchung der Haut</b>	<input type="checkbox"/>

**Nächster Untersuchungstermin:**

Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Datum

Datum

Stempel

Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Datum

<b>Krankengeschichte</b>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Untersuchung	<input type="checkbox"/>
<b>Gynäkologische Untersuchung</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Abstrich (PAP-Test)</b>	<input type="checkbox"/>
Intravaginaler Ultraschall	<input type="checkbox"/>
HPV-Test	<input type="checkbox"/>
Urinuntersuchung	<input type="checkbox"/>
<b>Abtasten der Brust und Lymphknoten</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Anleitung zur Selbstuntersuchung der Brust</b>	<input type="checkbox"/>
Mammographie	<input type="checkbox"/>
Mammasonographie	<input type="checkbox"/>
MRT der Brust	<input type="checkbox"/>
Austastung des Enddarmes	<input type="checkbox"/>
<b>Test auf verborgenes (okkultes) Blut im Stuhl</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Darmspiegelung</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Ganzkörperuntersuchung der Haut</b>	<input type="checkbox"/>

**Nächster Untersuchungstermin:**

Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Datum

Datum

Stempel

Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Datum

<b>Krankengeschichte</b>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Untersuchung	<input type="checkbox"/>
<b>Gynäkologische Untersuchung</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Abstrich (PAP-Test)</b>	<input type="checkbox"/>
Intravaginaler Ultraschall	<input type="checkbox"/>
HPV-Test	<input type="checkbox"/>
Urinuntersuchung	<input type="checkbox"/>
<b>Abtasten der Brust und Lymphknoten</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Anleitung zur Selbstuntersuchung der Brust</b>	<input type="checkbox"/>
Mammographie	<input type="checkbox"/>
Mammasonographie	<input type="checkbox"/>
MRT der Brust	<input type="checkbox"/>
Austastung des Enddarmes	<input type="checkbox"/>
<b>Test auf verborgenes (okkultes) Blut im Stuhl</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Darmspiegelung</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Ganzkörperuntersuchung der Haut</b>	<input type="checkbox"/>

**Nächster Untersuchungstermin:**

Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Datum

Datum

Stempel

Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Datum

<b>Krankengeschichte</b>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Untersuchung	<input type="checkbox"/>
<b>Gynäkologische Untersuchung</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Abstrich (PAP-Test)</b>	<input type="checkbox"/>
Intravaginaler Ultraschall	<input type="checkbox"/>
HPV-Test	<input type="checkbox"/>
Urinuntersuchung	<input type="checkbox"/>
<b>Abtasten der Brust und Lymphknoten</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Anleitung zur Selbstuntersuchung der Brust</b>	<input type="checkbox"/>
Mammographie	<input type="checkbox"/>
Mammasonographie	<input type="checkbox"/>
MRT der Brust	<input type="checkbox"/>
Austastung des Enddarmes	<input type="checkbox"/>
<b>Test auf verborgenes (okkultes) Blut im Stuhl</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Darmspiegelung</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Ganzkörperuntersuchung der Haut</b>	<input type="checkbox"/>

**Nächster Untersuchungstermin:**

Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



Datum

Datum

Stempel

Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Die Niedersächsische Krebsgesellschaft e.V.

Der Verein wurde 1950 von niedersächsischen Landespolitikern, Ärzten, Vertretern von Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern gegründet. Rund 400 Mitglieder sind heute Träger der Niedersächsischen Krebsgesellschaft, darunter Einzelpersonen, Kommunen und Institutionen wie die Ärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen. Die Niedersächsische Krebsgesellschaft ist Mitglied der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., der größten wissenschaftlich-onkologischen Fachgesellschaft in Deutschland, die ihren Sitz in Berlin hat.

## Ziele und Aufgaben:

- Förderung der Krebsfrüherkennung
- Informationen über Präventionsmöglichkeiten
- Hilfestellung, Beratung und Unterstützung von Krebskranken und ihren Angehörigen
- Unterstützung von Krebs-selbsthilfegruppen und Krebsberatungsstellen in Niedersachsen
- Förderung von niedersächsischen Forschungsvorhaben

In Niedersachsen erkranken jährlich rund 48.000 Menschen neu an Krebs.  
(Quelle: Registerstelle des EKN, 2013)

# Was **NOT**wendig ist ...



*informieren  
beraten  
forschen  
fördern*

*Aktiv gegen Krebs  
– seit über 60 Jahren*

***Helfen Sie mit!***

**SPENDENKONTO**

**101 027 407**

Bankleitzahl 250 500 00

Norddeutsche Landesbank Hannover

**NIEDERSÄCHSISCHE  
KREBSGESELLSCHAFT E.V.**

Königstraße 27  
30175 Hannover  
Tel. 0511 3885262



[www.nds-krebsgesellschaft.de](http://www.nds-krebsgesellschaft.de)

*Wir sind da – für Menschen  
in Niedersachsen*



# NIEDERSÄCHSISCHE KREBSGESELLSCHAFT E.V.

*Wir sind da – für Menschen  
in Niedersachsen*

Königstraße 27  
30175 Hannover

Tel.: 0511 / 3 88 52 62  
Fax: 0511 / 3 88 53 43

[service@nds-krebsgesellschaft.de](mailto:service@nds-krebsgesellschaft.de)  
[www.nds-krebsgesellschaft.de](http://www.nds-krebsgesellschaft.de)

Spendenkonto: Nord LB Hannover  
BLZ 250 500 00 · Kto. 101 027 407