



**früh  
erkennen**

ÖSTERREICHISCHES BRUSTKREBS-  
FRÜHERKENNUNGSPROGRAMM

## Teilnahmeerklärung für eine Assessment-Einheit bzw. ein MR-Institut zum Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm „früh erkennen“

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen und an die jeweilige Regionalstelle übermitteln.

**Folgende Assessment-Einheit bzw. folgendes MR-Institut möchte am Programm teilnehmen:**

<input type="checkbox"/> Assessment-Einheit	<input type="checkbox"/> MR-Institut
Vertragspartnernummer (wenn vorhanden):	

**Bezeichnung des Rechtsträgers:**

**Bezeichnung der Assessment-Einheit/  
des MR-Instituts:**

Adresse:

PLZ und Ort:

Bundesland:

**Medizinische/r Ansprechpartner/in, welche/r auch zum Abruf des Feedbackberichtes  
berechtigt ist:**

Vorname, Familienname:

Telefonnummer:

E-Mail:

Arzt-ID:

**Technische/r Ansprechpartner/in:**

Vorname, Familienname:

Telefonnummer:

E-Mail:

Die Assessment-Einheit bzw. das MR-Institut ist bereits als Screening-Standort im Rahmen des  
Brustkrebs-Früherkennungsprogramms tätig:

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

**Hinweis:** Laut Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 25. November 2011 ist der komplette Versorgungsprozess – von der Durchführung der Mammografie bis hin zur Operation bzw. Behandlung – über alle Ebenen der Leistungserbringung (intra- als auch extramuraler Bereich) zu dokumentieren.

Ort und Datum

Unterschrift des Rechtsträgers

Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Website unter [www.gesundheitskasse.at/datenschutz](http://www.gesundheitskasse.at/datenschutz)