



## Teilnahmeerklärung für eine Assessment-Einheit bzw. ein MR-Institut im Rahmen des Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms „früh erkennen“

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

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

<b>Bezeichnung des Rechtsträgers:</b>
---------------------------------------

<b>Bezeichnung der Assessment-Einheit/des MR-Instituts:</b>
---

Adresse:
----------

PLZ und Ort:
--------------

Bundesland:
-------------

<b>Medizinische/r Ansprechpartner/in, welche/r auch zum Abruf des Feedbackberichtes berechtigt ist:</b> Vorname, Familienname: Telefonnummer: E-Mail: Arzt-ID:
--

<b>Technische/r Ansprechpartner/in:</b> 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)