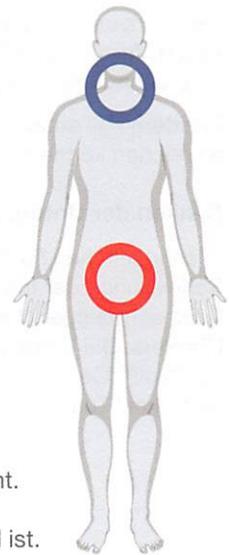


Aufklärungsbogen

Früherkennung von HPV16-bedingten Tumoren

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit einem einfachen Früherkennungs-Test können Tumore durch Humane Papillomaviren vom Typ 16 (HPV16) frühzeitig erkannt werden. Leider werden HPV16-bedingte Tumore wie **Mund-Rachen-Krebs** und **Genitaltumore** oft sehr spät entdeckt. Dabei ist eine rechtzeitige Diagnose die Voraussetzung dafür, einen Tumor schonend und erfolgreich zu behandeln.



Warum ist der Früherkennungs-Test empfehlenswert?

- Weil beginnende Krebserkrankungen manchmal keine Schmerzen oder Symptome verursachen und dann erst spät erkannt werden.
- Weil die Zahl an bösartigen Erkrankungen verursacht durch HPV16 seit Jahren zunimmt.
- Weil eine Früherkennungs-Untersuchung nicht belastet und einfach durchzuführen ist.
- Weil eine Behandlung früh entdeckter Tumore meistens sehr erfolgreich und schonend ist.

Wie wird der Früherkennungs-Test durchgeführt?

Der Test auf HPV16-bedingte Tumore ist ein einfacher Schnelltest, für den ein Tropfen Blut, z. B. aus der Fingerkuppe, entnommen wird. Der Blutstropfen wird auf einen Antikörper untersucht, der dann nachweisbar ist, wenn sich in Ihrem Körper durch Humane Papillomaviren 16 eine Krebsvorstufe oder Tumorzellen entwickelt haben.

Was passiert, wenn der Test auffällig ist?

Ein auffälliges Ergebnis bedeutet nicht, dass schon ein Tumor vorliegt, aber es muss abgeklärt werden durch eine genaue Inspektion des Mund-Rachen-Raums bzw. der Genitalregion. Möglicherweise ist auch eine Folgeuntersuchung notwendig.

Was bedeutet es, wenn der Test nicht auffällig ist?

Ein unauffälliges Testergebnis bedeutet, dass mit sehr großer Wahrscheinlichkeit kein HPV16-bedingter Tumor vorliegt und auch keine Vorstufe eines Tumors. Der Test sollte jährlich wiederholt werden, wenn ein erhöhtes Risiko für HPV16-Infektionen oder HPV16-bedingte Tumore besteht.

Testen Sie selbst, ob Sie ein erhöhtes Risiko haben!

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Könnten Sie sich bei sexuellen Aktivitäten mit einem Virus angesteckt haben? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Konsumieren Sie Tabak (Nikotin)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Konsumieren Sie alkoholische Getränke mehr als 3mal die Woche? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie an einer Immunschwäche? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sind oder waren in Ihrer Familie Personen an folgenden Leiden erkrankt: Kondylome, Feigwarzen, Mund-Rachen-Krebs, Karzinome der Genital- oder Analregion? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

► Jede mit „Ja“ beantwortete Frage deutet auf ein gewisses Risiko hin.

Kostenübernahme

Gesetzlich Versicherte (GKV): Die Kosten des Früherkennungs-Tests wird nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Im vorliegenden Fall handelt es sich jedoch um eine Leitlinien-konforme Untersuchung bei Verdacht auf Mund-Rachen-Krebs, die auf Nachfrage von der Krankenkasse übernommen werden kann, in den meisten Fällen aber selbst bezahlt werden muss.

Privat Versicherte (PKV): Die meisten Versicherungstarife beinhalten die Kostenerstattung für Vorsorgeuntersuchungen. Im Zweifel empfiehlt sich jedoch eine vorherige Rücksprache mit der Krankenkasse.

In jedem Fall erhalten Sie eine Rechnung von der Praxis, welche Sie ggf. anschließend bei der Krankenkasse einreichen können.

Risiken der Untersuchung

In sehr seltenen Fällen kann es durch die Probennahme an der Fingerkuppe zu einer kurzfristigen Irritation, Schwellung oder Infektion kommen.

Trotz sorgfältiger Untersuchung können Auffälligkeiten übersehen werden.

Hinweis: Die Blutuntersuchung soll bei Personen, die gegen Humane Papillomaviren geimpft sind (z. B. mit Gardasil®, Cervarix®), nicht angewendet werden, da der Test bei geimpften Personen positiv ausfällt, auch wenn kein Tumor vorliegt.

-
- Ich möchte, dass die kostenpflichtige, private Zusatzleistung zur Früherkennung HPV16-bedingter Tumore durchgeführt wird.
- Ich verzichte auf die Möglichkeit der Früherkennung. Es steht mir frei, die Untersuchung zu einem späteren Zeitpunkt in Anspruch zu nehmen.

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Datum, Unterschrift der Patientin/des Patienten

Praxisstempel

Wichtig: Sollten Ihnen zwischen zwei Vorsorgeuntersuchungen Veränderungen im Mund-Rachen-Raum, Genital- oder Analbereich auffallen, die nicht innerhalb von 2 Wochen abheilen, vereinbaren Sie bitte einen Termin zur Untersuchung mit uns!

Früherkennung selbst bestimmt.

concile® POC 