

iFOBT (vom Test-ausgebenden Arzt zu dokumentieren)

1. Patientendaten

- 1.1. Krankenkassennummer: _____
- 1.2. Krankenkasse: _____
- 1.3. Versichertenstatus: _____
- 1.4. Vorname: _____
- 1.5. Nachname: _____
- 1.6. Geburtsdatum: _____
- 1.7. Postleitzahl: _____
- 1.8. Staatsangehörigkeit: _____
- 1.9. Geschlecht: _____
- 1.10. FARKOR-ID: _____

2. Allgemeine Angaben

- 2.1. Verwendeter iFOBT-Test: _____
- 2.2. Ausgabe am (Datum): _____
- 2.3. Zurückerhalten am (Datum): _____

3. Ergebnis

- 3.1. Ergebnis des Tests: *(Einfachauswahl)*
- Positiv
- Negativ
- Material nicht verwertbar
- 3.2. Hämoglobin Wert: *(Nur wenn Test positiv)* _____
- 3.3. Entscheidung für einen zweiten iFOBT: *(Nur wenn das Ergebnis nicht verwertbar war)*
- Ja
- Nein

4. Entscheidung

4.1. Vertiefte Familienanamnese durchführen:

- Ja
- Nein

4.1. Abwarten (Grund): *(Nur bearbeiten, wenn „Abwarten“ angegeben wurde)*
(Mehrfachauswahl)

- Sorgen wegen möglicher Diagnose
- Bedenkzeit
- Patient möchte weitere Informationen sammeln
- Keine Zeit
- Sonstiges

4.2. Ablehnungsgrund: *(Nur bearbeiten, wenn „Ablehnung“ angegeben wurde)*
(Mehrfachauswahl)

- Sorgen wegen möglicher Diagnose
- Sorgen wegen Komplikationen / Schmerzen
- Unangenehme Vorbereitung
- Keine Zeit
- Sonstiges