



**Datierte und unterschriebene** Kopie, per E-Mail an: [info@vorsorge-gr.ch](mailto:info@vorsorge-gr.ch)

**Bitte prüfen Sie die Angaben auf diesem Formular.  
Korrigieren und/oder ergänzen Sie wo nötig und unterzeichnen Sie das Formular**

Name: \_\_\_\_\_  
 Ledigname: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Email.: \_\_\_\_\_  
 Telefonnummer.: \_\_\_\_\_  
 Mobile.: \_\_\_\_\_  
 AHV-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Grösse und Gewicht: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_  
 Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Haus- oder zuweisender Arzt: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Gastroenterologe \_\_\_\_\_ Gastroenterologe-Stempel

**(Dieses Formular ist ggf. an das pathologische Labor zu senden)**

**Einwilligung zur Datenverarbeitung/-weitergabe der Informationen der Teilnahme am kantonalen Vorsorge Programm.  
Nur mit Ihrer vollständigen Einwilligung ist eine Teilnahme am Vorsorge Programm möglich.**

Mit meiner Unterschrift

- bestätige ich, dass ich über die Art und Weise der Früherkennungsuntersuchung, Ihre Vorteile und Grenzen informiert worden bin.
- bestätige ich, dass ich über die Kostenbeteiligung informiert worden bin.
- erlaube ich, die Erfassung und Archivierung meiner medizinischen Daten in elektronischer und/oder Papierform, sowie den Austausch dieser Daten zwischen Fachpersonen im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung. Diese Daten können auf dem Postweg und/oder elektronisch übermittelt werden unter Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen.
- erlaube ich, dass meine Untersuchungsergebnisse in elektronischer und/oder Papierform an die beteiligten Ärzte/Fachpersonen weitergeleitet werden.
- Erlaube ich, einen Abgleich meiner medizinischen Daten mit dem kantonalen Krebsregister.
- Erlaube ich, dass meine komplette Akte aus dem Früherkennungsprogramm bei Bedarf an das Früherkennungsprogramm meines neuen Wohnkantons weitergeleitet wird.
- Erlaube ich, dass die Rückmeldung der Resultate aus einer eventuellen Folgeuntersuchung/Abklärung an das Früherkennungsprogramm weitergeleitet wird.
- Erlaube ich, dass meine anonymisierten Daten für statistische und wissenschaftliche Zwecke im Rahmen der laufenden Qualitätsverbesserungen des Früherkennungsprogramm verwendet werden.



Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

