

**Ihre Anfrage
zum Programm zur Früherkennung von Brustkrebs (Mammographie-Screening)**

Sie können sich gern auch mit Hilfe dieses Formblatts an die Zentrale Stelle in Hessen wenden.
Bitte füllen Sie das Blatt aus und senden es uns

einfach per Mail (siehe Button oben oder an mammo-info@kvhessen.de)

oder per Post an oben genannte Anschrift oder per Fax unter 0611 - 71 00 282 !

Damit wir Sie eindeutig finden können, geben Sie uns bitte folgende Informationen zu Ihrer Person:

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum (TT.MM.JJ) _____
Mädchenname / Geburtsname _____
Geburtsort _____

Anschrift (falls Sie noch keine Einladung bekommen haben)

Straße _____
PLZ und Ort _____

Bei Fragen können wir Sie unter Telefon _____ erreichen

Was können wir für Sie tun?

**Bitte laden Sie mich zum Screening
in das Screening-Zentrum in (Ort) _____ (oder wohnortnah) ein!**

Ich bevorzuge einen Termin

nur an folgenden Tagen:

- | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> egal wann | <input type="checkbox"/> Montag | <input type="checkbox"/> Donnerstag |
| <input type="checkbox"/> am Vormittag | <input type="checkbox"/> Dienstag | <input type="checkbox"/> Freitag |
| <input type="checkbox"/> am Nachmittag | <input type="checkbox"/> Mittwoch | |

zwischen _____ und _____ Uhr oder _____

jedoch nicht in der Zeit zwischen dem _____ und _____

**Ich möchte den Termin absagen, weil ich erst am _____ bei einer Mammographie
war. Bitte laden Sie mich erst im Abstand von 2 Jahren wieder ein.**

**Ich möchte den vorgeschlagenen Termin absagen und erst in 2 Jahren wieder eingeladen
werden.**

**Ich möchte nicht mehr von Ihnen angeschrieben werden, weil ich nicht an diesem
Programm teilnehmen möchte / kann. Nehmen Sie mich aus Ihrem Verteiler!**

Ihre Unterschrift mit Datum

**Vielen Dank für Ihre Anfrage! Wir werden uns so schnell wie möglich darum kümmern.
Ihre Zentrale Stelle in Hessen**