

**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.
Senden Sie uns Ihre Wünsche

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
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

- egal wann
 am Vormittag
 am Nachmittag

nur an folgenden Tagen:

- Montag
 Dienstag
 Mittwoch
 Donnerstag
 Freitag

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**