

An die
Zentrale Stelle
Mammographie-Screening
Lessingstr. 33
19059 Schwerin

E-Mail: Zentrale-Stelle@md-mv.de

- Ablehnung des Screening-Programms
Ich möchte zukünftig keine weiteren Einladungsschreiben für eine Teilnahme am Mammographie-Screening erhalten.(Widerruf jederzeit möglich)

- Nächster Termin später als gesetzlich vorgeschrieben
(später als 2 Jahre nach der letzten Untersuchung)
Terminwunsch Monat / Jahr _____

Screening-ID: _____

Name: _____

Vorname: _____

Telefon-Nr*: _____

(*für Nachfragen, falls Sie in der Datenbank nicht gefunden werden können)

Datum und Unterschrift:_____