



SACHSEN-ANHALTISCHE
KREBSGESELLSCHAFT E.V.

Nachsorgepass

Nachsorgeuntersuchung

Liebe Patienten,
nach der Therapie ist eine engmaschige medizinische Nachbetreuung für Krebspatienten wichtig. Die Nachsorge ist dabei zugleich Krankheitsvorsorge. Denn Teil der Krebsnach-sorge ist es, den Gesundheitszustand regelmäßig zu prüfen und Anzeichen eines möglichen Rückfalls zu erkennen. Ebenso wichtig ist festzustellen, wie es um Ihre Lebensqualität bestellt ist. Gibt es Folgen der Erkrankung und ihrer Behandlung?

Ihre Ärzte und Therapeuten unterstützen Sie bei der Krankheitsverarbeitung. Bei Bedarf vermitteln sie Ihnen den Kontakt zu unseren Krebsberatungsstellen, zu Psychoonkologen oder Selbsthilfegruppen, zu Ernährungsberatern und Sportgruppen.

Nehmen Sie bitte Ihren **Nachsorgepass** zu jeder Nachsorgeuntersuchung mit. Der Pass soll im Alltag helfen, Sie an die notwendigen Nachsorgekontrollen zu erinnern und sich in Vorbereitung auf die Untersuchung Notizen zu machen.

Damit können Sie sich auf das Wesentliche konzentrieren – auf sich.

Herzlichst

Ihr Team der Sachsen-Anhaltischen Krebsgesellschaft e. V.

Patientendaten

Name

Vorname

3

Geburtsdatum

Straße

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

■ Im Notfall bitte benachrichtigen

Name

Adresse

Telefon

Patientenverfügung

ja

nein

Regelmäßige Medikamente

4

Weitere Erkrankungen

Allergien

5

Betreuende Ärzte

6

Datum	Stempel / Unterschrift
-------	------------------------

Datum	Stempel / Unterschrift
-------	------------------------

Datum	Stempel / Unterschrift
-------	------------------------

Datum	Stempel / Unterschrift
-------	------------------------

7

Datum	Stempel / Unterschrift
-------	------------------------

Datum	Stempel / Unterschrift
-------	------------------------

Datum	Stempel / Unterschrift
-------	------------------------

Datum	Stempel / Unterschrift
-------	------------------------

Behandelnde Kliniken

8

Datum	Stempel / Unterschrift
-------	------------------------

Datum	Stempel / Unterschrift
-------	------------------------

Datum	Stempel / Unterschrift
-------	------------------------

Datum	Stempel / Unterschrift
-------	------------------------

9

Datum	Stempel / Unterschrift
-------	------------------------

Datum	Stempel / Unterschrift
-------	------------------------

Datum	Stempel / Unterschrift
-------	------------------------

Datum	Stempel / Unterschrift
-------	------------------------

Diagnose

10

ICD-10

--	--	--

Zeitpunkt der Diagnose

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TNM-Klassifikation

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Anmerkungen

Nachsorgepass

Therapeutische Maßnahmen

Operationen



12

■ Datum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Chirurgische Maßnahmen

Datum

Stempel / Unterschrift

■ Datum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Chirurgische Maßnahmen

Datum

Stempel / Unterschrift

13

■ Datum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Chirurgische Maßnahmen

Datum

Stempel / Unterschrift

■ Datum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Chirurgische Maßnahmen

Datum

Stempel / Unterschrift

Chemotherapien



14

■ von

--	--	--	--	--	--

 bis

--	--	--	--	--	--

Ambulant	Stationär
----------	-----------

Medikation

Datum	Stempel / Unterschrift
-------	------------------------

■ von

--	--	--	--	--	--

 bis

--	--	--	--	--	--

Ambulant	Stationär
----------	-----------

Medikation

Datum	Stempel / Unterschrift
-------	------------------------

15

■ von

--	--	--	--	--	--

 bis

--	--	--	--	--	--

Ambulant	Stationär
----------	-----------

Medikation

Datum	Stempel / Unterschrift
-------	------------------------

■ von

--	--	--	--	--	--

 bis

--	--	--	--	--	--

Ambulant	Stationär
----------	-----------

Medikation

Datum	Stempel / Unterschrift
-------	------------------------

Chemotherapien

C

16

■ von

--	--	--	--	--	--

 bis

--	--	--	--	--	--

Ambulant	Stationär
----------	-----------

Medikation

Datum	Stempel / Unterschrift
-------	------------------------

■ von

--	--	--	--	--	--

 bis

--	--	--	--	--	--

Ambulant	Stationär
----------	-----------

Medikation

Datum	Stempel / Unterschrift
-------	------------------------

Strahlentherapien

S

17

■ von

--	--	--	--	--	--

 bis

--	--	--	--	--	--

Ambulant	Stationär
----------	-----------

Dosis

Datum	Stempel / Unterschrift
-------	------------------------

■ von

--	--	--	--	--	--

 bis

--	--	--	--	--	--

Ambulant	Stationär
----------	-----------

Dosis

Datum	Stempel / Unterschrift
-------	------------------------

Hormontherapien

H

18

■ von

--	--	--	--	--	--

 bis

--	--	--	--	--	--

Ambulant	Stationär
----------	-----------

Medikation

Datum	Stempel / Unterschrift
-------	------------------------

■ von

--	--	--	--	--	--

 bis

--	--	--	--	--	--

Ambulant	Stationär
----------	-----------

Medikation

Datum	Stempel / Unterschrift
-------	------------------------

Weitere Therapien

T

19

■ von

--	--	--	--	--	--

 bis

--	--	--	--	--	--

Ambulant	Stationär
----------	-----------

Beschreibung

Datum	Stempel / Unterschrift
-------	------------------------

■ von

--	--	--	--	--	--

 bis

--	--	--	--	--	--

Ambulant	Stationär
----------	-----------

Beschreibung

Datum	Stempel / Unterschrift
-------	------------------------

■ von

--	--	--	--	--	--

 bis

--	--	--	--	--	--

Datum Stempel / Unterschrift

■ von

--	--	--	--	--	--

 bis

--	--	--	--	--	--

Datum Stempel / Unterschrift

■ von

--	--	--	--	--	--

 bis

--	--	--	--	--	--

Datum Stempel / Unterschrift

■ von

--	--	--	--	--	--

 bis

--	--	--	--	--	--

Datum Stempel / Unterschrift

Ihre Untersuchungen

Bitte legen Sie Ihren persönlichen Nachsorgepass zu jeder Nachsorgeuntersuchung dem behandelnden Arzt vor.

Nachsorgeuntersuchungen

N

22

Nachsorgeuntersuchung

Datum

Stempel / Unterschrift

Nachsorgeuntersuchung

Datum

Stempel / Unterschrift

Nachsorgeuntersuchung

Datum

Stempel / Unterschrift

Nachsorgeuntersuchung

Datum

Stempel / Unterschrift

23

Nachsorgeuntersuchung

Datum

Stempel / Unterschrift

Nachsorgeuntersuchung

Datum

Stempel / Unterschrift

Nachsorgeuntersuchung

Datum

Stempel / Unterschrift

Nachsorgeuntersuchung

Datum

Stempel / Unterschrift

Nachsorgeuntersuchungen

N

24

Nachsorgeuntersuchung

Datum

Stempel / Unterschrift

Nachsorgeuntersuchung

Datum

Stempel / Unterschrift

Nachsorgeuntersuchung

Datum

Stempel / Unterschrift

Nachsorgeuntersuchung

Datum

Stempel / Unterschrift

Notizen

25

