

Nachsorgepass



Nachsorgepass

empfohlen von den
Tumorzentren Thüringens
und der
Thüringischen Krebsgesellschaft e.V.



THÜRINGISCHE
KREBSGESELLSCHAFT E.V.

überarbeitete Auflage 2016

Herausgeber: Thüringische Krebsgesellschaft e.V.
Paul-Schneider-Straße 4
07747 Jena
Tel.: (0 36 41) 33 69 86
Fax: (0 36 41) 33 69 87

Urheberschaft: Prof. Dr. Sylvia Sänger
SRH Fachhochschule für Gesundheit, Gera

Koordination und Redaktion: Thüringische Krebsgesellschaft e. V.

Satz: ÜAG gGmbH Jena, Bereich Arbeit

Nachdrucke - auch auszugsweise - sind nur mit Genehmigung des
Herausgebers statthaft.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Hinweise für Patienten	4
Nachsorgepassnummer und -aussteller	5
Patientendaten	6
Hausarzt	7
Facharzt	8
Kliniken	9
Diagnose	10
Therapeutische Maßnahmen	11
Abschlussuntersuchung	14
Nachsorgeuntersuchung	16
Anschlussheilbehandlung	46
Ansprechpartner/Adressen	48

Hinweise für die Patienten

Mit Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus ist Ihre Behandlung vorerst abgeschlossen. Jetzt ist es wichtig, den Erfolg dieser Behandlung durch verschiedene Nachsorgeuntersuchungen zu sichern. Sie sollten deshalb regelmäßig Ihren Arzt aufsuchen. Bei der Einhaltung der vereinbarten Termine soll Ihnen dieser Pass eine Hilfe sein. Bitte bringen Sie ihn zu jeder Nachsorgeuntersuchung mit. Ebenso sollte er auf Reisen unbedingt Bestandteil Ihres Gepäcks sein, damit bei auftretenden Beschwerden der Arzt am Urlaubsort sich über den Verlauf Ihrer Erkrankung informieren kann.

Wenn in diesem Ausweis verschiedene Nachuntersuchungen aufgeführt sind, so geschieht dies der Vollständigkeit halber. Es heißt zum Beispiel nicht, dass zu jeder Nachuntersuchung ein Computertomogramm angefertigt werden muss. Die Individualität der einzelnen Krankengeschichten macht verschiedene Vorgehensweisen notwendig, denn nicht alles lässt sich vereinheitlichen. Der Einfachheit halber und um Ihrem Arzt unnötigen Schreibaufwand zu ersparen, haben wir auf jeder Seite eine Reihe von Untersuchungen vorgegeben. Ihr Arzt wird dann entscheiden, welche der angegebenen Untersuchungen zu welchem Zeitpunkt angezeigt sind.

Weitere Informationen zu Ihrer Erkrankung und allem, was damit zusammenhängt, können Sie darüber hinaus von den Geschäftsstellen der Tumorzentren Thüringens und den Krebsberatungsstellen der Thüringischen Krebsgesellschaft (Adressen siehe Rückseite des Passes) jederzeit erfragen.

(Hier kann die Nummer vom Klinischen Krebsregister des jeweiligen Tumorzentrums eingetragen werden, unter der Ihre Daten gespeichert sind.)

Nachsorgepassnummer

Nachsorgepass - Vergabedatum: _____

Nachsorgepass - Aussteller: _____

Stempel

Patienteninformation

1. Über die gesetzlich vorgeschriebene Meldung meiner Daten an das Klinische Krebsregister Thüringen sowie an das gemeinsame Krebsregister der neuen Bundesländer (GKR) bin ich unterrichtet worden.
2. Ich habe meine Zustimmung gegeben, dass meine personenbezogenen sowie krankheitsspezifischen Daten zur Unterstützung einer optimalen Behandlung und Nachsorge im Klinischen Krebsregister Thüringen gesammelt, gespeichert, verarbeitet und an meine behandelnden Ärzte übermittelt werden dürfen. Mir ist bekannt, dass ich der dauerhaften Speicherung meiner Identitätsdaten widersprechen kann.

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten

Patientendaten

Name _____

Geburtsname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Änderung der Anschrift

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Änderung der Anschrift

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Hausarzt

Titel, Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon/Fax _____

Änderung der Anschrift oder Arztwechsel

Titel, Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon/Fax _____

Änderung der Anschrift oder Arztwechsel

Titel, Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon/Fax _____

Facharzt/Nachsorgender Arzt

Titel, Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon/Fax _____

Änderung der Anschrift oder Arztwechsel

Titel, Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon/Fax _____

Änderung der Anschrift oder Arztwechsel

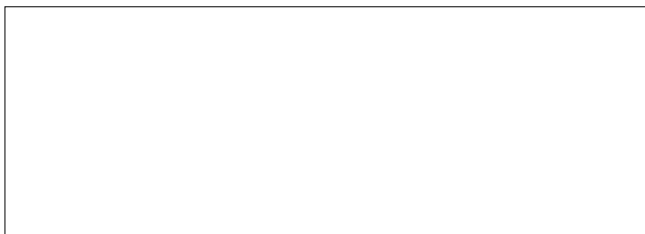
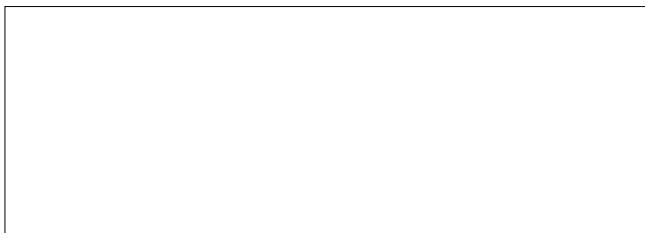
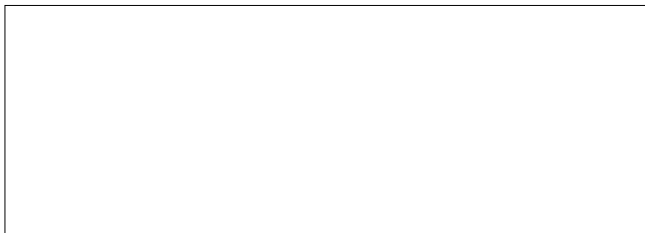
Titel, Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon/Fax _____

An der Behandlung beteiligte Kliniken bzw. Krankenhäuser



Diagnose

Ersttumor Erkrankung

ja

nein

Datum der Erstdiagnose

Initiales Tumorstadium

frühere Tumorerkrankungen

Besonderheiten und zu berücksichtigende Begleiterscheinungen

Therapeutische Maßnahmen

Operation/Datum

1. _____
2. _____
3. _____

Bemerkungen _____

Chemotherapie/Daten der Zyklen/(ambulant/stationär) Blutbildkontrollen siehe nächste Seite

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Bemerkungen/Nebenwirkungen _____

Strahlentherapie/Daten/Dosis/Zielgebiete (ambulant/stationär)

Bemerkungen/Nebenwirkungen

Hormontherapie

Immuntherapie

Andere Therapie

Blutbildkontrollen bei Chemotherapie

Datum							
Leukozyten							
Hämoglobin							
Hämatokrit							
Thrombozyten							

Datum							
Leukozyten							
Hämoglobin							
Hämatokrit							
Thrombozyten							

Datum							
Leukozyten							
Hämoglobin							
Hämatokrit							
Thrombozyten							

Abschlussuntersuchung in Klinik bzw. Krankenhaus

Durchgeführte Untersuchungen

Klinische Untersuchung _____

Röntgen _____

Szintigraphie _____

Endoskopie _____

CT _____

Sonographie _____

MRT _____

Sonstige Untersuchungen _____

Spezifische Therapie

Toxizität

Bemerkungen

Laborwerte/Datum

HB _____

Leukozyten _____

Thrombozyten _____

andere Laborwerte _____

Tumormarker _____

Blutgruppe

Medikamente und Empfehlungen

Nächste fällige Untersuchung

am _____

bei _____

_____ Datum

_____ Stempel und Unterschrift des Arztes

Nachsorgeuntersuchungen und -termine

Durchgeführte Untersuchungen

Klinische Untersuchung _____

Röntgen _____

Szintigraphie _____

Endoskopie _____

CT _____

Sonographie _____

MRT _____

Bemerkungen zum Krankheitsverlauf

Laborwerte/Datum

HB _____

Leukozyten _____

Thrombozyten _____

andere Laborwerte _____

Tumormarker _____

Medikamente und Empfehlungen

Nächste fällige Untersuchung

am _____

bei _____

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Nachsorgeuntersuchungen und -termine

Durchgeführte Untersuchungen

Klinische Untersuchung _____

Röntgen _____

Szintigraphie _____

Endoskopie _____

CT _____

Sonographie _____

MRT _____

Bemerkungen zum Krankheitsverlauf

Laborwerte/Datum

HB _____

Leukozyten _____

Thrombozyten _____

andere Laborwerte _____

Tumormarker _____

Medikamente und Empfehlungen

Nächste fällige Untersuchung

am _____

bei _____

_____ Datum

_____ Stempel und Unterschrift des Arztes

Nachsorgeuntersuchungen und -termine

Durchgeführte Untersuchungen

Klinische Untersuchung _____

Röntgen _____

Szintigraphie _____

Endoskopie _____

CT _____

Sonographie _____

MRT _____

Bemerkungen zum Krankheitsverlauf

Laborwerte/Datum

HB _____

Leukozyten _____

Thrombozyten _____

andere Laborwerte _____

Tumormarker _____

Medikamente und Empfehlungen

Nächste fällige Untersuchung

am _____

bei _____

_____ Datum

_____ Stempel und Unterschrift des Arztes

Nachsorgeuntersuchungen und -termine

Durchgeführte Untersuchungen

Klinische Untersuchung _____

Röntgen _____

Szintigraphie _____

Endoskopie _____

CT _____

Sonographie _____

MRT _____

Bemerkungen zum Krankheitsverlauf

Laborwerte/Datum

HB _____

Leukozyten _____

Thrombozyten _____

andere Laborwerte _____

Tumormarker _____

Medikamente und Empfehlungen

Nächste fällige Untersuchung

am _____

bei _____

_____ Datum

_____ Stempel und Unterschrift des Arztes

Nachsorgeuntersuchungen und -termine

Durchgeführte Untersuchungen

Klinische Untersuchung _____

Röntgen _____

Szintigraphie _____

Endoskopie _____

CT _____

Sonographie _____

MRT _____

Bemerkungen zum Krankheitsverlauf

Laborwerte/Datum

HB _____

Leukozyten _____

Thrombozyten _____

andere Laborwerte _____

Tumormarker _____

Medikamente und Empfehlungen

Nächste fällige Untersuchung

am _____

bei _____

_____ Datum

_____ Stempel und Unterschrift des Arztes

Nachsorgeuntersuchungen und -termine

Durchgeführte Untersuchungen

Klinische Untersuchung _____

Röntgen _____

Szintigraphie _____

Endoskopie _____

CT _____

Sonographie _____

MRT _____

Bemerkungen zum Krankheitsverlauf

Laborwerte/Datum

HB _____

Leukozyten _____

Thrombozyten _____

andere Laborwerte _____

Tumormarker _____

Medikamente und Empfehlungen

Nächste fällige Untersuchung

am _____

bei _____

_____ Datum

_____ Stempel und Unterschrift des Arztes

Nachsorgeuntersuchungen und -termine

Durchgeführte Untersuchungen

Klinische Untersuchung _____

Röntgen _____

Szintigraphie _____

Endoskopie _____

CT _____

Sonographie _____

MRT _____

Bemerkungen zum Krankheitsverlauf

Laborwerte/Datum

HB _____

Leukozyten _____

Thrombozyten _____

andere Laborwerte _____

Tumormarker _____

Medikamente und Empfehlungen

Nächste fällige Untersuchung

am _____

bei _____

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Nachsorgeuntersuchungen und -termine

Durchgeführte Untersuchungen

Klinische Untersuchung _____

Röntgen _____

Szintigraphie _____

Endoskopie _____

CT _____

Sonographie _____

MRT _____

Bemerkungen zum Krankheitsverlauf

Laborwerte/Datum

HB _____

Leukozyten _____

Thrombozyten _____

andere Laborwerte _____

Tumormarker _____

Medikamente und Empfehlungen

Nächste fällige Untersuchung

am _____

bei _____

_____ Datum

_____ Stempel und Unterschrift des Arztes

Nachsorgeuntersuchungen und -termine

Durchgeführte Untersuchungen

Klinische Untersuchung _____

Röntgen _____

Szintigraphie _____

Endoskopie _____

CT _____

Sonographie _____

MRT _____

Bemerkungen zum Krankheitsverlauf

Laborwerte/Datum

HB _____

Leukozyten _____

Thrombozyten _____

andere Laborwerte _____

Tumormarker _____

Medikamente und Empfehlungen

Nächste fällige Untersuchung

am _____

bei _____

_____ Datum

_____ Stempel und Unterschrift des Arztes

Nachsorgeuntersuchungen und -termine

Durchgeführte Untersuchungen

Klinische Untersuchung _____

Röntgen _____

Szintigraphie _____

Endoskopie _____

CT _____

Sonographie _____

MRT _____

Bemerkungen zum Krankheitsverlauf

Laborwerte/Datum

HB _____

Leukozyten _____

Thrombozyten _____

andere Laborwerte _____

Tumormarker _____

Medikamente und Empfehlungen

Nächste fällige Untersuchung

am _____

bei _____

_____ Datum

_____ Stempel und Unterschrift des Arztes

Nachsorgeuntersuchungen und -termine

Durchgeführte Untersuchungen

Klinische Untersuchung _____

Röntgen _____

Szintigraphie _____

Endoskopie _____

CT _____

Sonographie _____

MRT _____

Bemerkungen zum Krankheitsverlauf

Laborwerte/Datum

HB _____

Leukozyten _____

Thrombozyten _____

andere Laborwerte _____

Tumormarker _____

Medikamente und Empfehlungen

Nächste fällige Untersuchung

am _____

bei _____

_____ Datum

_____ Stempel und Unterschrift des Arztes

Nachsorgeuntersuchungen und -termine

Durchgeführte Untersuchungen

Klinische Untersuchung _____

Röntgen _____

Szintigraphie _____

Endoskopie _____

CT _____

Sonographie _____

MRT _____

Bemerkungen zum Krankheitsverlauf

Laborwerte/Datum

HB _____

Leukozyten _____

Thrombozyten _____

andere Laborwerte _____

Tumormarker _____

Medikamente und Empfehlungen

Nächste fällige Untersuchung

am _____

bei _____

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Nachsorgeuntersuchungen und -termine

Durchgeführte Untersuchungen

Klinische Untersuchung _____

Röntgen _____

Szintigraphie _____

Endoskopie _____

CT _____

Sonographie _____

MRT _____

Bemerkungen zum Krankheitsverlauf

Laborwerte/Datum

HB _____

Leukozyten _____

Thrombozyten _____

andere Laborwerte _____

Tumormarker _____

Medikamente und Empfehlungen

Nächste fällige Untersuchung

am _____

bei _____

_____ Datum

_____ Stempel und Unterschrift des Arztes

Nachsorgeuntersuchungen und -termine

Durchgeführte Untersuchungen

Klinische Untersuchung _____

Röntgen _____

Szintigraphie _____

Endoskopie _____

CT _____

Sonographie _____

MRT _____

Bemerkungen zum Krankheitsverlauf

Laborwerte/Datum

HB _____

Leukozyten _____

Thrombozyten _____

andere Laborwerte _____

Tumormarker _____

Medikamente und Empfehlungen

Nächste fällige Untersuchung

am _____

bei _____

_____ Datum

_____ Stempel und Unterschrift des Arztes

Nachsorgeuntersuchungen und -termine

Durchgeführte Untersuchungen

Klinische Untersuchung _____

Röntgen _____

Szintigraphie _____

Endoskopie _____

CT _____

Sonographie _____

MRT _____

Bemerkungen zum Krankheitsverlauf

Laborwerte/Datum

HB _____

Leukozyten _____

Thrombozyten _____

andere Laborwerte _____

Tumormarker _____

Medikamente und Empfehlungen

Nächste fällige Untersuchung

am _____

bei _____

_____ Datum

_____ Stempel und Unterschrift des Arztes

Anschlussheilbehandlung und Kuraufenthalte

Beginn	Ende	Einrichtung

Bemerkungen

Adressen und Ansprechpartner

Tumorzentrum Erfurt e.V.

HELIOS Klinikum Erfurt GmbH
Nordhäuser Straße 74
99089 Erfurt

Tel.: (03 61) 7 81 48 02

Fax: (03 61) 7 81 48 03

www.tumorzentrum-erfurt.de

tuz@tumorzentrum-erfurt.de

UniversitätsTumorCentrum

am Universitätsklinikum Jena
Bachstraße 18
07743 Jena

Tel.: (0 36 41) 93 31 14

Fax: (0 36 41) 93 38 40

www.tumorzentrum.uniklinikum-jena.de

tumorzentrum@med.uni-jena.de

Tumorzentrum Südharz e.V.

Südharz Klinikum gGmbH
Dr.-Robert-Koch-Straße 39
99734 Nordhausen

Tel.: (0 36 31) 41 22 84

Fax: (0 36 31) 41 22 82

www.suedharz-klinikum.de

tumorzentrum@shk-ndh.de

Tumorzentrum Gera

SRH Wald-Klinikum Gera GmbH
Straße des Friedens 122
07548 Gera

Tel.: (03 65) 8 28 89 48

Fax: (03 65) 8 28 89 49

www.waldklinikumgera.de

tumorzentrum@wkg.srh.de

Tumorzentrum Suhl e.V.

SRH Zentralklinikum Suhl gGmbH
Albert-Schweitzer-Straße 2
98527 Suhl

Tel.: (0 36 81) 35 61 24

Fax: (0 36 81) 35 60 06

www.tumorzentrum-suhl.de

wackes@tumorzentrum-suhl.de

Thüringische Krebsgesellschaft e.V.

Beratungs- u. Informationsstelle
Paul-Schneider-Straße 4
07747 Jena

Tel.: (0 36 41) 33 69 86

Fax: (0 36 41) 33 69 87

www.thueringische-krebsgesellschaft.de

info@thueringische-krebsgesellschaft.de