

Name, Vorname, Anschrift des Patienten <div style="text-align: right;">geb. am</div>	Geburts- / früherer Name _____ Geschlecht <input type="radio"/> m <input type="radio"/> w
---	---

Kassen-Nr. _____	Versicherten-Nr. _____	Status _____
Vertragsarzt-Nr. _____	VK gültig bis _____	Datum _____

Nachrichtlich an _____

Einweisender Arzt/Hausarzt _____	Behandelnder / Meldender Arzt (Abteilung) _____
----------------------------------	---

<input type="radio"/> Nachsorge (bei Tumorfreiheit) <input type="radio"/> Nachuntersuchung (bei bestehender Tumorerkr.)	Tumordiagnose der Primärerkrankung (ICD-10) 						
Datum der Nachsorgeuntersuchung <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;">Tag</td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;">Monat</td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px;"></td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr				
Tag	Monat	Jahr					

Bisherige Therapie:
 Operative Verfahren
 Strahlentherapie
 Chemotherapie
 Hormontherapie
 Immuntherapie

wann und wo _____

Zwischenanamnese / klinische Untersuchung / Lokalbefund:

Anlässlich der Nachsorge durchgeführte Untersuchungen:

<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">o.B. / Tumor</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>Röntgen</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Sonographie</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>CT</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>MRT</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Nuklearmed.</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Endoskopie</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> <td>_____</td> </tr> </table>		o.B. / Tumor		Röntgen	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	_____	Sonographie	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	_____	CT	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	_____	MRT	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	_____	Nuklearmed.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	_____	Endoskopie	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	_____		<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">o.B. / Tumor</td> </tr> <tr> <td>histologisch</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>zytologisch</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>klinisch</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> </tr> </table>		o.B. / Tumor	histologisch	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	zytologisch	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	klinisch	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
	o.B. / Tumor																															
Röntgen	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	_____																														
Sonographie	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	_____																														
CT	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	_____																														
MRT	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	_____																														
Nuklearmed.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	_____																														
Endoskopie	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	_____																														
	o.B. / Tumor																															
histologisch	<input type="radio"/> <input type="radio"/>																															
zytologisch	<input type="radio"/> <input type="radio"/>																															
klinisch	<input type="radio"/> <input type="radio"/>																															
		<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 15%;">Marker</th> <th style="width: 15%;">Wert</th> <th style="width: 15%;">Einheit</th> <th style="width: 15%;">Datum</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Marker	Wert	Einheit	Datum																										
Marker	Wert	Einheit	Datum																													
		<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">o.B. / Tumor</td> </tr> <tr> <td>Tumormarker/ laborchemisch</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> </tr> </table>		o.B. / Tumor	Tumormarker/ laborchemisch	<input type="radio"/> <input type="radio"/>																										
	o.B. / Tumor																															
Tumormarker/ laborchemisch	<input type="radio"/> <input type="radio"/>																															

Tumorausbreitung:	keine	Reste	keine Änd.	Progreß	Rezidiv	neu	Bewertung:	Verdacht	gesichert
Primärtumor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> (Zweitumor)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lokoregionäre LK	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fernmetastasen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lokalrezidiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tumor- und therapiebedingte Folgeerkrankungen:

Tumorstatus:
 Vollremission
 kein Tumornachweis aber Tumormarkeranstieg
 Teilremission
 minimales Ansprechen
 keine Änderung
 Progression
 divergentes Geschehen
 nicht abgeklärt

Weiteres Vorgehen: <input type="radio"/> Diagnostik _____ <input type="radio"/> Konsilium _____ <input type="radio"/> Reha.-Maßnahme _____ <input type="radio"/> Therapie _____ Medikation: _____	<input type="radio"/> Überweisung an anderen Arzt / Krankenhaus: _____
---	--

<input type="radio"/> Nachsorge Datum der nächsten Nachsorge: <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;">Tag</td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;">Monat</td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px;"></td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr				<input type="radio"/> keine weitere Vorstellung wegen Entlassung aus der Nachsorge <input type="radio"/> Patient verweigert weitere Nachsorge <input type="radio"/> Patient andernorts in Nachsorge	Einwilligung zur Meldung an das klinische Krebsregister: <input type="radio"/> wurde gegeben
Tag	Monat	Jahr						

Bemerkungen

Körperlicher Leistungszustand <small>(nach ECOG/WHO-Schlüssel, siehe Rückseite)</small>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/>	Datum _____	Arztstempel/Unterschrift _____
---	---	-------------	--------------------------------

Basisdokumentation für Tumorpatienten