

Ovar (inklusive Borderline-Tumoren)		1. Jahr/ Monat				2. Jahr/ Monat				3. Jahr/ Monat				4. Jahr/ Monat		5. Jahr/ Monat		Jahre 6-10
		3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36	42	48	54	60	
Anamnese	subjektives Befinden/Schmerzen	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	regelmäßige Checkups beim Hausarzt
	Appetit	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Schwellungen/Knoten	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Bauchumfang	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	vaginale Blutungen, Ausfluss	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Stuhl- und Miktionsbeschwerden	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Intervallerkrankungen	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Medikamente	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Psychosomatischer/-soziale Belastungen	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Körperliche Unter- suchung	Aktivitätsindex und Gewicht	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Spekulumentersuchung	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	rektale Untersuchung	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Genitalunters. (inkl. Vaginalsonographie)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Zusatzunter- suchungen	Sonographie: Abdomen, Nieren		x		x		x		x				x		x		x	
	Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	Die empfohlenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sollten wahrgenommen werden																
Bei nicht-epithelialen Tumoren bitte Rücksprache mit der Fachabteilung!																		
Es handelt sich um Nachsorgeempfehlungen entsprechend der aktuellen Leitlinien. Im Falle von klinischen Studien kann sich die Nachsorge in Intensität und Dauer ändern. Grundsätzlich ist auf die Reduktion bzw. Optimierung aller zusätzlichen Risikofaktoren zu achten (Nikotinkarenz, Gewichtsnormalisierung, Hypertonie, Hypercholesterinämie, Diabetes mellitus, etc.).																		
Erste Nachsorgeuntersuchung am:																		

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:	Untersuchungs-, Nachsorgemonat:
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:	Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen	Anmerkungen
Nächster Termin am:	Nächster Termin am:
Untersucher Nr.	Untersucher Nr.
Unterschrift	Unterschrift

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:	Untersuchungs-, Nachsorgemonat:
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:	Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen	Anmerkungen
Nächster Termin am:	Nächster Termin am:
Untersucher Nr.	Untersucher Nr.
Unterschrift	Unterschrift

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:	Untersuchungs-, Nachsorgemonat:
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:	Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen	Anmerkungen
Nächster Termin am:	Nächster Termin am:
Untersucher Nr.	Untersucher Nr.
Unterschrift	Unterschrift

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:	Untersuchungs-, Nachsorgemonat:
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:	Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen	Anmerkungen
Nächster Termin am:	Nächster Termin am:
Untersucher Nr.	Untersucher Nr.
Unterschrift	Unterschrift

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:	Untersuchungs-, Nachsorgemonat:
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:	Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen	Anmerkungen
Nächster Termin am:	Nächster Termin am:
Untersucher Nr.	Untersucher Nr.
Unterschrift	Unterschrift

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:	Untersuchungs-, Nachsorgemonat:
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:	Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen	Anmerkungen
Nächster Termin am:	Nächster Termin am:
Untersucher Nr.	Untersucher Nr.
Unterschrift	Unterschrift

HINWEISE FÜR DAS BEHANDLUNGSTEAM
Bitte überprüfen Sie, ob das eingelegte Nachsorgeschema aktuell ist. Bitte dokumentieren Sie jede Nachuntersuchung.
Nachsorgepässe und -schemata können Sie im CCC Niedersachsen anfordern:
www.ccc-niedersachsen.eu/ueber-das-ccc-n/bestellformular

NACHSORGEPASS
Ausgabedatum:
Aussteller/in:
Stempel

Stempel der betreuenden Ärztinnen und Ärzte/Krankenhäuser		
Tel. Untersucher Nr. 1	Tel. Untersucher Nr. 2	Tel. Untersucher Nr. 3
Tel. Untersucher Nr. 4	Tel. Untersucher Nr. 5	Tel. Untersucher Nr. 6
Tel. Untersucher Nr. 7	Tel. Untersucher Nr. 8	Tel. Untersucher Nr. 9

BITTE KLEBEN SIE
DIESE SEITE IN
DEN NACHSORGEPASS
EIN.



Nachsorgepässe und -schema
sind hier zu bestellen:
[www.ccc-niedersachsen.eu/
ueber-das-ccc-n/bestellformular](http://www.ccc-niedersachsen.eu/ueber-das-ccc-n/bestellformular)

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:	
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
Anmerkungen	
Nächster Termin am:	
Untersucher Nr.	
Unterschrift	

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:	
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
Anmerkungen	
Nächster Termin am:	
Untersucher Nr.	
Unterschrift	

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:	
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
Anmerkungen	
Nächster Termin am:	
Untersucher Nr.	
Unterschrift	

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:	
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
Anmerkungen	
Nächster Termin am:	
Untersucher Nr.	
Unterschrift	

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:	
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
Anmerkungen	
Nächster Termin am:	
Untersucher Nr.	
Unterschrift	

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:	
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
Anmerkungen	
Nächster Termin am:	
Untersucher Nr.	
Unterschrift	

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:	
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
Anmerkungen	
Nächster Termin am:	
Untersucher Nr.	
Unterschrift	

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:	
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
Anmerkungen	
Nächster Termin am:	
Untersucher Nr.	
Unterschrift	

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:	
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
Anmerkungen	
Nächster Termin am:	
Untersucher Nr.	
Unterschrift	

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:	
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
Anmerkungen	
Nächster Termin am:	
Untersucher Nr.	
Unterschrift	