DOKUMENTATION DURCH DAS BEHANDLUNGSTEAM

Vagina / Vulva (gilt nicht für in situ 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	
	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	
	Beinödeme, -schwellneigung**	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Psychosomatische/-soziale Belastungen	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Körperliche Untersuchung	Aktivitätsindex und Gewicht	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Supraclaviculargruben*	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Leib/Nieren/Leisten*	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Lymphödem Beine*	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Genitaluntersuchung (ggf. Vaginalsonographie)*	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Inspektion und Palpation des äußeren und inneren Genitales**	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Inguinale Lymphabflussgebiete **	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	
	Spekulumuntersuchung (ggf. Zervixzytologie)**	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Zusatzuntersuchungen	Kolposkopie Vulva und Vagina**	fakultativ																
	Bildgebungen**	nur bei unklarem Befund und/oder Verdacht auf Rezidiv																
	Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	Die empfohlenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sollten wahrgenommen werden																

* nur bei Vagina-CA

** nur bei Vulva-CA

Eine Bestimmung des Tumormarkers (SCC) ist im Rahmen der Nachsorge nicht indiziert!

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:

Nr. 12 – Version 1 · Stand 02/2022

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:	Untersuchungs-, Nachsorgemonat:	Untersuchungs-, Nachsorgemonat:	Untersuchungs-, Nachsorgemonat:	Untersuchungs-, Nachsorgemonat:	Untersuchungs-, Nachsorgemonat:
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:	Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:	Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:	Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:	Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:	Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen	Anmerkungen	Anmerkungen	Anmerkungen	Anmerkungen	Anmerkungen
Nächster Termin am:	Nächster Termin am:	Nächster Termin am:	Nächster Termin am:	Nächster Termin am:	Nächster Termin am:
Untersucher Nr.	Untersucher Nr.	Untersucher Nr.	Untersucher Nr.	Untersucher Nr.	Untersucher Nr.
Unterschrift	Unterschrift	Unterschrift	Unterschrift	Unterschrift	Unterschrift

Ansichtsexemplar

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

Ansichtsexemplar

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:

Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:

- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

Anmerkungen

Nächster Termin am:	
Untersucher Nr.	

Unterschrift

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:
Anmerkungen
Nächster Termin am:
Untersucher Nr.
Unterschrift

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:
Anmerkungen
Nächster Termin am:
Untersucher Nr.
Unterschrift

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:
Anmerkungen
Nächster Termin am:
Untersucher Nr.
Unterschrift

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:
Anmerkungen
Nächster Termin am:
Untersucher Nr.
Unterschrift

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:
Anmerkungen
Nächster Termin am:
Untersucher Nr.
Unterschrift

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:
Anmerkungen
Nächster Termin am:
Untersucher Nr.
Unterschrift

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:
Anmerkungen
Nächster Termin am:
Untersucher Nr.
Unterschrift

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:
Anmerkungen
Nächster Termin am:
Untersucher Nr.
Unterschrift

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:
Anmerkungen
Nächster Termin am:
Untersucher Nr.
Unterschrift