DOKUMENTATION DURCH DAS BEHANDLUNGSTEAM

	Cervix (gilt nicht für in situ Tumoren) / **Endometrium**	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	
	Medikamente*	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Hormonausfallerscheinungen**	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	
	Lymphödem Beine	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	
	Genitaluntersuchung (inkl. Vaginalsonographie)***	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/Nierenlagen/Leisten*	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	radiogene Reaktionen: Ureter, Harnblase, Darm**	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Zusatzuntersuchungen	Sonographie ableitende Harnwege und Niere*		x		x		x		x				x		x		x	
	Sonographie Abdomen und Niere**		x		x		x		x				x		x		x	
	bildgebende Verfahren*	bei klinischem Verdacht auf Rezidiv oder Metastasen und symptomorientiert																
	Humanes Papillomvirus*	Testung bei besonderen Fragestellungen z.B. nach Trachelektomie, V.a. Dysplasie mit "Etagenwechsel", Z.n. primärer R(CH)T, da PAP schlecht beurteilbar																
	Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	Die empfohlenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sollten wahrgenommen werden																

*nur bei Cervix

**nur bei Endometrium

*** Spekulumeinstellungen und Zytologie (PAP)

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:	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

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

Ansichtsexemplar