

Indolente Non-Hodgkin-Lymphome in kompletter klinischer Remission		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	30	36	42	48	54	60	
Anamnese	subjektives Befinden/Schmerzen	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	regelmäßige Checkups beim Hausarzt
	Leistungsminderung/Dyspnoe/Fatigue	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Fieber/Nachtschweiß/Gewichtsverlust	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Rezidivierende Infekte	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Blutungen/Hämatome	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Polyneuropathie	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	
Körperliche Untersuchung	Aktivitätsindex/ Gewicht	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	RR, Puls	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Inspektion/Palp. aller LK-Stationen	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Auskultation von Lunge und Herz	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Hepato-/Splenomegalie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Ödeme	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Labor	Diff-BB, Kreatinin, GOT, AP, Bili, LDH	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	TSH				x				x					x		
Zusatzunter- suchungen	Sonographie: Abdomen	Nur bei Symptomen, insbesondere bei primär intraabdominellen oder retroperitonealen Lokalisationen														
	Röntgen: Thorax in 2 Ebenen	Nur bei Symptomen, insbesondere bei primär intrathorakalen Lokalisationen														
	CT: Thorax, Abdomen	Nur bei Symptomen, Rezidivverdacht oder bestehenden Residualmanifestationen														
	Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	Die empfohlenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sollten wahrgenommen werden														
6 Monate nach Ende einer B-Zell-depletierenden Therapie sollen die Impfungen entsprechend STIKO-Empfehlungen aufgefrischt werden. Die regulären Impfungen entsprechend der STIKO-Empfehlungen sollten in enger Rücksprache mit dem behandelnden Onkologen berücksichtigt werden. Die gesonderten Impfempfehlungen bei (funktioneller) Asplenie bzw. nach Splenektomie sind zu beachten!																
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-, Nachsorgezeitpunkt:	
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"/>	
Anmerkungen	
Nächster Termin am:	
Untersucher Nr.	
Unterschrift	

Untersuchungs-, Nachsorgezeitpunkt:	
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"/>	
Anmerkungen	
Nächster Termin am:	
Untersucher Nr.	
Unterschrift	

Untersuchungs-, Nachsorgezeitpunkt:	
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"/>	
Anmerkungen	
Nächster Termin am:	
Untersucher Nr.	
Unterschrift	

Untersuchungs-, Nachsorgezeitpunkt:	
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"/>	
Anmerkungen	
Nächster Termin am:	
Untersucher Nr.	
Unterschrift	

Untersuchungs-, Nachsorgezeitpunkt:	
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"/>	
Anmerkungen	
Nächster Termin am:	
Untersucher Nr.	
Unterschrift	

Untersuchungs-, Nachsorgezeitpunkt:	
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"/>	
Anmerkungen	
Nächster Termin am:	
Untersucher Nr.	
Unterschrift	

Untersuchungs-, Nachsorgezeitpunkt:	
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"/>	
Anmerkungen	
Nächster Termin am:	
Untersucher Nr.	
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

