

DOKUMENTATION DURCH DAS BEHANDLUNGSTEAM	Lungenkrebs nach kurativer Therapie, kleinzelliges- und nicht-kleinzelliges Karzinom (SCLC, NSCLC)		1. Jahr/Monat				2. Jahr/Monat				3. Jahr/Monat		4. Jahr/Monat		5. Jahr/Monat		Jahre 6-10*
			1-2	6	9	12	15	18	21	24	30	36	42	48	54	60	
	Anamnese	subjektives Befinden, Schmerzen, Appetit, Husten/Auswurf, Haemoptyse, Dyspnoe, Nachtschweiß, Fieber, Gewichtsverlust, Infektion; Performancestatus (ECOG/Karnofsky)	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 und Gewicht, Lymphknoten, Thorax, Abdomen; Wirbelsäule/Extremitäten	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
	Labor	nach Maßgabe des Behandlers	Einschluss in ein bzw. Fortsetzung im Lungenkrebsfrüherkennungsprogramm														
	Zusatzuntersuchungen	Röntgen-Thorax, Sonografie Abdomen oder CT-Untersuchungen	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
		MRT Schädel	Bedarfsorientiert bei Hochrisikopatienten**														
		Lungenfunktions- und Lungendifusionsprüfung	Lungenfunktionseinschränkung, Pneumonitis														
		Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	Die empfohlenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sollten wahrgenommen werden.														
Angebot einer Raucherentwöhnung in allen Phasen der Erkrankung/Nachsorge																	
*Jährliche Anamnese und körperliche Untersuchung entsprechend der allgemeinen Gesundheitsvorsorge sowie Bildgebung analog zu einem noch zu etablierenden Lungenkrebsfrüherkennungsprogramm.																	
**z.B. EGF-R+, ALK+, ROS-1+, Adenokarzinome mit Stadium III gemäß S-3 Leitlinie und zusätzlich Patient:innen mit kleinzelligem Bronchialkarzinom (Empfehlung: MHH Lungenkrebszentrum).																	
Es handelt sich um Nachsorgeempfehlungen unter Berücksichtigung der aktuellen S3 Leitlinie Version 3.0 März 2024 AWMF Reg. Nr. 020-0070L. 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:	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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

**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)

Lungenkrebs nach kurativer Therapie, kleinzelliges- und nicht-kleinzelliges Karzinom (SCLC, NSCLC)		1. Jahr/Monat				2. Jahr/Monat				3. Jahr/ Monat	4. Jahr/ Monat	5. Jahr/ Monat	Jahre 6-10*		
		1-2	6	9	12	15	18	21	24	30	36	42		48	54
Anamnese	subjektives Befinden, Schmerzen, Appetit, Husten/Auswurf, Haemoptyse, Dyspnoe, Nachtschweiß, Fieber, Gewichtsverlust, Infektion; Performancestatus (ECOG/Karnofsky)	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 und Gewicht, Lymphknoten, Thorax, Abdomen; Wirbelsäule/Extremitäten	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Labor	nach Maßgabe des Behandlers														
Zusatzuntersuchungen	Röntgen-Thorax, Sonografie Abdomen oder CT-Untersuchungen	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	MRT Schädel	Bedarfsorientiert bei Hochrisikopatienten**													
	Lungenfunktions- und Lungendiffusionsprüfung	Lungenfunktionseinschränkung, Pneumonitis													
	Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	Die empfohlenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sollten wahrgenommen werden.													
Angebot einer Raucherentwöhnung in allen Phasen der Erkrankung/Nachsorge															
*Jährliche Anamnese und körperliche Untersuchung entsprechend der allgemeinen Gesundheitsvorsorge sowie Bildgebung analog zu einem noch zu etablierenden Lungenkrebsfrüherkennungsprogramm.															
**z.B. EGF-R+, ALK+, ROS-1+, Adenokarzinome mit Stadium III gemäß S-3 Leitlinie und zusätzlich Patient:innen mit kleinzelligem Bronchialkarzinom (Empfehlung: MHH Lungenkrebszentrum).															
Es handelt sich um Nachsorgeempfehlungen unter Berücksichtigung der aktuellen S3 Leitlinie Version 3.0 März 2024 AWMF Reg. Nr. 020-0070L. 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:	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
Anmerkungen	
Nächster Termin am:	
Untersucher Nr.	
Unterschrift	