DOKUMENTATION DURCH DAS BEHANDLUNGSTEAM

Mamma (DCIS alle 6 Monate)

		1. Jahr Monat				2. Jahr Monat				3. Jahr Monat				4. Jahr Monat		5. Jahr Monat		6.1*) M.	7.1./M.	8.1./M.	9.1./M.	10.1./M.
		3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36	42	48	54	60	72	84	96	108	120
Anamnese	subjektives Befinden/Schmerzen	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Appetit	x	x	x	x	x	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	x	x	x	x	x
	vaginale Blutungen, Ausfluss	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Lymphödem	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Hinweise auf Herzinsuffizienz	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Residuum**	x	x	x	x	x	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	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	x	x	x	x	x
	Supraclaviculargruben	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Mammaly/Thoraxwand	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Axillae, Armumfang	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Thorax und Abdomen	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Knochenstauch-/-klopfschmerzen	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Genitaluntersuchung				x				x				x		x		x	x	x	x	x	x
Zusatzuntersuchungen	Echokardiographie (nur bei Therapie mit Anthrazyklin- oder Trastuzumab)		x		x				x	nach 24 Monaten 1x jährlich bis 5 Jahre nach Abschluss der Antrazyklin- oder Trastuzumabhaltigen Therapie (f.a. Risikofaktoren); danach alle 5 Jahre												
	Mammographie und ergänzende Mammasonographie (befaltlene Brust) nach BE1		x***		x				x				x		x		x	x	x	x	x	x
	Mammographie und ergänzende Mammasonographie (korrektalenie Brust)				x				x				x		x		x	x	x	x	x	x
	Hinweis zur Selbstuntersuchung!	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Hinweis: Bildgebende Verfahren/Labor bei klinischen Verdacht auf Rezidiv oder Metastasen und symptomorientiert. Die empfohlenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sollten wahrgenommen werden.

* bei erweiterter Antihormontherapie weiter halbjährliche Nachsorge bis zum Abschluss der Therapie

** nach Chemotherapie (z.B. Polyneuropathie etc.)

*** erste Mammographie 1 Jahr nach initialer Mammographie oder zumindest 6 Monate nach abgeschlossener Radiatio

Tumormaker und andere Laborbefunde im Rahmen der Nachsorge zst. nicht sinnvoll!

Es handelt sich um Nachsorgeempfehlungen unter Berücksichtigung der aktuellen S3-Leitlinie Version 4.4 Juni 2021 AWMF Reg. Nr. 032-045OL. 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, Hypercholesterämie, Diabetes mellitus, etc.).

Erste Nachsorgeuntersuchung am:

Nr. 10 – Version 2 - Stand 01/2025

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

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

Ansichtsexemplar

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

DOKUMENTATION DURCH DAS BEHANDLUNGSTEAM

Mamma (DCIS alle 6 Monate)

		1. Jahr Monat				2. Jahr Monat				3. Jahr Monat				4. Jahr Monat		5. Jahr Monat		6.-*/ M.	7.-/ M.	8.-/ M.	9.-/ M.	10.-/ M.
		3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36	42	48	54	60	72	84	96	108	120
Anamnese	subjektives Befinden/Schmerzen	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Appetit	x	x	x	x	x	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	x	x	x	x	x
	vaginale Blutungen, Ausfluss	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Lymphödem	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Hinweise auf Herzinsuffizienz	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Residum**	x	x	x	x	x	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	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	x	x	x	x	x
	Supraclaviculargruben	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Mammaly/Thoraswand	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Axillae, Armumfang	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Thorax und Abdomen	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Knochenstauch-/Klopfschmerzen	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Genitaluntersuchung				x				x				x		x		x	x	x	x	x	x
Zusatzuntersuchungen	Echokardiographie (nur bei Therapie mit Antrazyklin- oder Trastuzumab)		x		x				x	nach 24 Monaten 1x jährlich bis 5 Jahre nach Abschluss der Antrazyklin- oder Trastuzumabhaltigen Therapie (Ca. Risikoklassen): danach alle 5 Jahre												
	Mammographie und ergänzende Mammasonographie (betaffene Brust) nach BET		x***		x				x				x		x		x	x	x	x	x	x
	Mammographie und ergänzende Mammasonographie (kontralaterale Brust)				x				x				x		x		x	x	x	x	x	x
	Hinweis zur Selbstuntersuchung!	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Hinweis: Bildgebende Verfahren/Labor bei klinischen Verdacht auf Rezidiv oder Metastasen und symptomorientiert. Die empfohlenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sollten wahrgenommen werden.

* bei erweiterter Antihormontherapie weiter halbjährliche Nachsorge bis zum Abschluss der Therapie

** nach Chemotherapie (z.B. Polyneuropathie etc.)

*** erste Mammographie 1 Jahr nach initialer Mammographie oder zumindest 6 Monate nach abgeschlossener Radiatio

Tumormaker und andere Laborbefunde im Rahmen der Nachsorge zzt. nicht sinnvoll!

Es handelt sich um Nachsorgeempfehlungen unter Berücksichtigung der aktuellen S3-Leitlinie Version 4.4 Juni 2021 AWMF Reg. Nr. 032-045OL. 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:	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:	Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen	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:	Nächster Termin am:
Untersucher Nr.	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	Unterschrift

Ansichtsexemplar