

DOKUMENTATION DURCH DAS BEHANDLUNGSTEAM	Melanom Stadium: in situ und Stadium IA (<0,8 mm, keine Ulzeration)		1. Jahr/Monat		2. Jahr/Monat		3. Jahr/Monat		4. Jahr/ Monat	5. Jahr/ Monat	6. Jahr/ Monat	7. Jahr/ Monat	8. Jahr/ Monat	9. Jahr/ Monat	10. Jahr/ Monat	
			6	12	18	24	30	36	48	60	72	84	96	108	120	
	Anamnese	subjektives Befinden/Schmerzen	x*	x	x*	x	x*	x	x	x	x	x	x	x	x	x
		neue und/oder veränderte Pigmentmale (Größe, Farbe, Juckreiz, Blutung etc.)	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
		Lokalbefund (OP-Narbe)	x*	x	x*	x	x*	x	x	x	x	x	x	x	x	x
		Transitstrecke	x*	x	x*	x	x*	x	x	x	x	x	x	x	x	x
		kompletter LK-Status	x*	x	x*	x	x*	x	x	x	x	x	x	x	x	x
		gesamtes Integument	x*	x	x*	x	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
		Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	Die empfohlenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sollten wahrgenommen werden													
	* nur bei Melanom Stadium IA															
	Es handelt sich um Nachsorgeempfehlungen unter Berücksichtigung der aktuelle S3-Leitlinie Version 3.3 Juli 2020 AWMF Reg. Nr. 032/0240L. 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. 7 – Version 2 · Stand 01/2025

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	

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	Tel.	Untersucher Nr. 9

