

Patientenname:

NACHSORGEPROGRAMM

TERMIN 1: (nach 3 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, klinische Untersuchung, Beratung Labor: BSG, KBB, Gamma-GT, LDH, AP Thoraxröntgen Bei klinischen Verdacht: MRT, Bronchoskopie Labor (CEA, NSE für kleinzelliges BC) Sonographie Abdomen		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
TERMIN 2: (nach 6 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, klinische Untersuchung, Beratung Labor: BSG, KBB, Gamma-GT, LDH, AP Bei klinischen Verdacht: MRT, Bronchoskopie Labor (CEA, NSE für kleinzelliges BC) Sonographie Abdomen		STEMPEL/UNTERSCHRIFT

Raum für Ihre Eintragungen:

Patientenname:

NACHSORGEPROGRAMM

TERMIN 5: (nach 15 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Thoraxröntgen		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
TERMIN 6: (nach 18 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, klinische Untersuchung, Beratung Labor: BSG, KBB, Gamma-GT, LDH, AP Bei klinischen Verdacht: MRT, Bronchoskopie Labor (CEA, NSE für kleinzelliges BC) Sonographie Abdomen		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
TERMIN 7: (nach 21 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Thoraxröntgen		STEMPEL/UNTERSCHRIFT

Raum für Ihre Eintragungen:

Patientenname:

NACHSORGEPROGRAMM

TERMIN 8: (nach 24 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, klinische Untersuchung, Beratung Labor: BSG, KBB, Gamma-GT, LDH, AP Thorax-CT, PET Bei klinischen Verdacht: MRT, Bronchoskopie Labor (CEA, NSE für kleinzelliges BC) Sonographie Abdomen		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
TERMIN 9: (nach 27 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Thoraxröntgen		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
TERMIN 10: (nach 30 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, klinische Untersuchung, Beratung Labor: BSG, KBB, Gamma-GT, LDH, AP Bei klinischen Verdacht: MRT, Bronchoskopie Labor (CEA, NSE für kleinzelliges BC) Sonographie Abdomen		STEMPEL/UNTERSCHRIFT

Raum für Ihre Eintragungen:

Patientenname:

NACHSORGEPROGRAMM

TERMIN 11: (nach 33 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Thoraxröntgen		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
TERMIN 12: (nach 36 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, klinische Untersuchung, Beratung Labor: BSG, KBB, Gamma-GT, LDH, AP Thorax-CT, PET Bei klinischen Verdacht: MRT, Bronchoskopie Labor (CEA, NSE für kleinzelliges BC) Sonographie Abdomen		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
WEITERE UNTERSUCHUNGEN:		
Jährliche Untersuchungen: Anamnese, klinische Untersuchung, Beratung Labor: BSG, KBB, Gamma-GT, LDH, AP Thorax-CT, PET		
Halbjährliche Untersuchungen: Thoraxröntgen		
Bei klinischen Verdacht: MRT, Bronchoskopie Labor (CEA, NSE für kleinzelliges BC) Sonographie Abdomen		

Raum für Ihre Eintragungen: