

Patientenname:

## NACHSORGEPROGRAMM

<b>TERMIN 1:</b> (nach 3 Monaten)	<b>Datum:</b>	<b>Untersuchung durchgeführt:</b>
<b>Untersuchungen:</b> Anamnese, gynäkologische Untersuchung Tumormarker fakultativ: CA 125 und/oder CEA		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
<b>TERMIN 2:</b> (nach 6 Monaten)	<b>Datum:</b>	<b>Untersuchung durchgeführt:</b>
<b>Untersuchungen:</b> Anamnese, gynäkologische Untersuchung Labor: BSG, KBB, GOT, GPT, Y-GT, AP, LDH, CA, Krea, PAP Vaginosonographie Thoraxröntgen Tumormarker fakultativ: CA 125 und/oder CEA		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
<b>TERMIN 3:</b> (nach 9 Monaten)	<b>Datum:</b>	<b>Untersuchung durchgeführt:</b>
<b>Untersuchungen:</b> Anamnese, gynäkologische Untersuchung Tumormarker fakultativ: CA 125 und/oder CEA		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
<b>TERMIN 4:</b> (nach 12 Monaten)	<b>Datum:</b>	<b>Untersuchung durchgeführt:</b>
<b>Untersuchungen:</b> Anamnese, gynäkologische Untersuchung Labor: BSG, KBB, GOT, GPT, Y-GT, AP, LDH, CA, Krea, PAP Vaginosonographie Thoraxröntgen CT Abdomen/Becken bzw. andere bildgebende Verfahren (MRI) Tumormarker fakultativ: CA 125 und/oder CEA		STEMPEL/UNTERSCHRIFT

Raum für Ihre Eintragungen:

Patientenname:

## NACHSORGEPROGRAMM

<b>TERMIN 5:</b> (nach 15 Monaten)	<b>Datum:</b>	<b>Untersuchung durchgeführt:</b>
<b>Untersuchungen:</b> Anamnese, gynäkologische Untersuchung Tumormarker fakultativ: CA 125 und/oder CEA		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
<b>TERMIN 6:</b> (nach 18 Monaten)	<b>Datum:</b>	<b>Untersuchung durchgeführt:</b>
<b>Untersuchungen:</b> Anamnese, gynäkologische Untersuchung Labor: BSG, KBB, GOT, GPT, Y-GT, AP, LDH, CA, Krea, PAP Vaginosonographie Thoraxröntgen Tumormarker fakultativ: CA 125 und/oder CEA		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
<b>TERMIN 7:</b> (nach 21 Monaten)	<b>Datum:</b>	<b>Untersuchung durchgeführt:</b>
<b>Untersuchungen:</b> Anamnese, gynäkologische Untersuchung Tumormarker fakultativ: CA 125 und/oder CEA		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
<b>TERMIN 8:</b> (nach 24 Monaten)	<b>Datum:</b>	<b>Untersuchung durchgeführt:</b>
<b>Untersuchungen:</b> Anamnese, gynäkologische Untersuchung Labor: BSG, KBB, GOT, GPT, Y-GT, AP, LDH, CA, Krea, PAP Vaginosonographie Thoraxröntgen CT Abdomen/Becken bzw. andere bildgebende Verfahren (MRI) Tumormarker fakultativ: CA 125 und/oder CEA		STEMPEL/UNTERSCHRIFT

Raum für Ihre Eintragungen:

Patientenname:

## NACHSORGEPROGRAMM

<b>TERMIN 9:</b> (nach 27 Monaten)	<b>Datum:</b>	<b>Untersuchung durchgeführt:</b>
<b>Untersuchungen:</b> Anamnese, gynäkologische Untersuchung Tumormarker fakultativ: CA 125 und/oder CEA		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
<b>TERMIN 10:</b> (nach 30 Monaten)	<b>Datum:</b>	<b>Untersuchung durchgeführt:</b>
<b>Untersuchungen:</b> Anamnese, gynäkologische Untersuchung Labor: BSG, KBB, GOT, GPT, Y-GT, AP, LDH, CA, Krea, PAP Vaginosonographie Thoraxröntgen Tumormarker fakultativ: CA 125 und/oder CEA		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
<b>TERMIN 11:</b> (nach 33 Monaten)	<b>Datum:</b>	<b>Untersuchung durchgeführt:</b>
<b>Untersuchungen:</b> Anamnese, gynäkologische Untersuchung Tumormarker fakultativ: CA 125 und/oder CEA		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
<b>TERMIN 12:</b> (nach 36 Monaten)	<b>Datum:</b>	<b>Untersuchung durchgeführt:</b>
<b>Untersuchungen:</b> Anamnese, gynäkologische Untersuchung Labor: BSG, KBB, GOT, GPT, Y-GT, AP, LDH, CA, Krea, PAP Vaginosonographie Thoraxröntgen Tumormarker CT Abdomen/Becken bzw. andere bildgebende Verfahren (MRI) Tumormarker fakultativ: CA 125 und/oder CEA		STEMPEL/UNTERSCHRIFT

Raum für Ihre Eintragungen:

Patientenname:

## NACHSORGEPROGRAMM

<b>TERMIN 13:</b> (nach 42 Monaten)	<b>Datum:</b>	<b>Untersuchung durchgeführt:</b>
<b>Untersuchungen:</b> Anamnese, gynäkologische Untersuchung Labor: BSG, KBB, GOT, GPT, Y-GT, AP, LDH, CA, Krea, Tumormarker fakultativ: CA 125 und/oder CEA		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
<b>TERMIN 14:</b> (nach 48 Monaten)	<b>Datum:</b>	<b>Untersuchung durchgeführt:</b>
<b>Untersuchungen:</b> Anamnese, gynäkologische Untersuchung Labor: BSG, KBB, GOT, GPT, Y-GT, AP, LDH, CA, Krea, PAP Vaginosonographie Thoraxröntgen CT Abdomen/Becken bzw. andere bildgebende Verfahren (MRI) Tumormarker fakultativ: CA 125 und/oder CEA		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
<b>TERMIN 15:</b> (nach 54 Monaten)	<b>Datum:</b>	<b>Untersuchung durchgeführt:</b>
<b>Untersuchungen:</b> Anamnese, gynäkologische Untersuchung Labor: BSG, KBB, GOT, GPT, Y-GT, AP, LDH, CA, Krea, Tumormarker fakultativ: CA 125 und/oder CEA		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
<b>TERMIN 16:</b> (nach 60 Monaten)	<b>Datum:</b>	<b>Untersuchung durchgeführt:</b>
<b>Untersuchungen:</b> Anamnese, gynäkologische Untersuchung Labor: BSG, KBB, GOT, GPT, Y-GT, AP, LDH, CA, Krea, PAP Vaginosonographie Thoraxröntgen CT Abdomen/Becken bzw. andere bildgebende Verfahren (MRI) Tumormarker fakultativ: CA 125 und/oder CEA		STEMPEL/UNTERSCHRIFT

Raum für Ihre Eintragungen:

Patientenname:

## NACHSORGEPROGRAMM

### WEITERE UNTERSUCHUNGEN:

#### **Jährliche Untersuchungen:**

Anamnese, gynäkologische Untersuchung  
PAP

#### **Zusätzl. Untersuchungen bei klinischem Verdacht:**

Labor: BSG, KBB, GOT, GPT, Y-GT, AP, LDH, CA, Krea,  
Tumormarker CA 125 und/oder CEA  
Vaginosonographie  
Thoraxröntgen  
CT Abdomen/Becken bzw. andere bildgebende Verfahren (MRI)

Raum für Ihre Eintragungen: