

Patientenname:

NACHSORGEPROGRAMM

TERMIN 1: (nach 2 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, klinische Untersuchung Labor: AFP, hCG, BKS, Hb, Leuko, LDH, GGT, AP, Differentialblutbild, Kreatinin Röntgen Thorax (in 2 Ebenen) CT-Thorax (nur bei unsicheren röntgenologischem Befund) Skellezzintigraphie: Bulky disease, extragonadale Tumoren (einmalig nach Behandlungsabschluss)		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
TERMIN 2: (nach 4 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, klinische Untersuchung Labor: AFP, hCG, BKS, Hb, Leuko, LDH, GGT, AP, Differentialblutbild, Kreatinin Röntgen Thorax (in 2 Ebenen) CT-Abdomen (retrop. LK, Leber) CT-Thorax (nur bei unsicheren röntgenologischem Befund)		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
TERMIN 3: (nach 6 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, klinische Untersuchung Labor: AFP, hCG, BKS, Hb, Leuko, LDH, GGT, AP, Differentialblutbild, Kreatinin Röntgen Thorax (in 2 Ebenen) Hodensonogramm CT-Thorax (nur bei unsicheren röntgenologischem Befund)		STEMPEL/UNTERSCHRIFT

Raum für Ihre Eintragungen:

Patientenname:

NACHSORGEPROGRAMM

TERMIN 4: (nach 8 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, klinische Untersuchung Labor: AFP, hCG, BKS, Hb, Leuko, LDH, GGT, AP, Differentialblutbild, Kreatinin Röntgen Thorax (in 2 Ebenen) CT-Abdomen (retrop. LK, Leber) CT-Thorax (nur bei unsicheren röntgenologischem Befund)		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
TERMIN 5: (nach 10 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, klinische Untersuchung Labor: AFP, hCG, BKS, Hb, Leuko, LDH, GGT, AP, Differentialblutbild, Kreatinin Röntgen Thorax (in 2 Ebenen) CT-Thorax (nur bei unsicheren röntgenologischem Befund)		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
TERMIN 6: (nach 12 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, klinische Untersuchung Labor: AFP, hCG, BKS, Hb, Leuko, LDH, GGT, AP, Differentialblutbild, Kreatinin Röntgen Thorax (in 2 Ebenen) CT-Abdomen (retrop. LK, Leber) Hodensonogramm CT-Thorax (nur bei unsicheren röntgenologischem Befund)		STEMPEL/UNTERSCHRIFT

Raum für Ihre Eintragungen:

Patientenname:

NACHSORGEPROGRAMM

TERMIN 7: (nach 14 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, klinische Untersuchung Labor: AFP, hCG, BKS, Hb, Leuko, LDH, GGT, AP, Differentialblutbild, Kreatinin Röntgen Thorax (in 2 Ebenen) Hodensonogramm CT-Thorax (nur bei unsicheren röntgenologischem Befund)		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
TERMIN 8: (nach 16 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, klinische Untersuchung Labor: AFP, hCG, BKS, Hb, Leuko, LDH, GGT, AP, Differentialblutbild, Kreatinin Röntgen Thorax (in 2 Ebenen) CT-Abdomen (retrop. LK, Leber) CT-Thorax (nur bei unsicheren röntgenologischem Befund)		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
TERMIN 9: (nach 18 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, klinische Untersuchung Labor: AFP, hCG, BKS, Hb, Leuko, LDH, GGT, AP, Differentialblutbild, Kreatinin Röntgen Thorax (in 2 Ebenen) Hodensonogramm CT-Thorax (nur bei unsicheren röntgenologischem Befund)		STEMPEL/UNTERSCHRIFT

Raum für Ihre Eintragungen:

Patientenname:

NACHSORGEPROGRAMM

TERMIN 10: (nach 20 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, klinische Untersuchung Labor: AFP, hCG, BKS, Hb, Leuko, LDH, GGT, AP, Differentialblutbild, Kreatinin Röntgen Thorax (in 2 Ebenen) CT-Abdomen (retrop. LK, Leber) CT-Thorax (nur bei unsicheren röntgenologischem Befund)		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
TERMIN 11: (nach 22 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, klinische Untersuchung Labor: AFP, hCG, BKS, Hb, Leuko, LDH, GGT, AP, Differentialblutbild, Kreatinin Röntgen Thorax (in 2 Ebenen) CT-Thorax (nur bei unsicheren röntgenologischem Befund)		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
TERMIN 12: (nach 24 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, klinische Untersuchung Labor: AFP, hCG, BKS, Hb, Leuko, LDH, GGT, AP, Differentialblutbild, Kreatinin Röntgen Thorax (in 2 Ebenen) CT-Abdomen (retrop. LK, Leber) Hodensonogramm CT-Thorax (nur bei unsicheren röntgenologischem Befund)		STEMPEL/UNTERSCHRIFT

Raum für Ihre Eintragungen:

Patientenname:

NACHSORGEPROGRAMM

TERMIN 13: (nach 30 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, klinische Untersuchung Labor: AFP, hCG, BKS, Hb, Leuko, LDH, GGT, AP, Differentialblutbild, Kreatinin Röntgen Thorax (in 2 Ebenen) CT-Abdomen (retrop. LK, Leber) CT-Thorax (nur bei unsicheren röntgenologischem Befund)		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
TERMIN 14: (nach 36 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, klinische Untersuchung Labor: AFP, hCG, BKS, Hb, Leuko, LDH, GGT, AP, Differentialblutbild, Kreatinin Röntgen Thorax (in 2 Ebenen) CT-Abdomen (retrop. LK, Leber) Hodensonogramm CT-Thorax (nur bei unsicheren röntgenologischem Befund)		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
WEITERE UNTERSUCHUNGEN 4. - 10. JAHR:		
Jährliche Untersuchungen: Anamnese, klinische Untersuchung Labor: AFP, hCG, BKS, Hb, Leuko, LDH, GGT, AP, Differentialblutbild, Kreatinin Röntgen Thorax (in 2 Ebenen) CT-Abdomen (retrop. LK, Leber) Hodensonogramm CT-Thorax (nur bei unsicheren röntgenologischem Befund)		

Raum für Ihre Eintragungen: