

Patientenname:

## NACHSORGEPROGRAMM

<b>TERMIN 1:</b> (nach 3 Monaten)	<b>Datum:</b>	<b>Untersuchung durchgeführt:</b>
<b>Untersuchungen:</b> 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)  <b>CT-Schädel:</b> nur im Stadium IV mit bulky disease und längerem Krankheitsverlauf (einmalig bei Behandlungsabschluss) <b>Skellezzintigraphie:</b> Bulky disease, extragonadale Tumoren (einmalig nach Behandlungsabschluss)		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
<b>TERMIN 2:</b> (nach 6 Monaten)	<b>Datum:</b>	<b>Untersuchung durchgeführt:</b>
<b>Untersuchungen:</b> 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
<b>TERMIN 3:</b> (nach 9 Monaten)	<b>Datum:</b>	<b>Untersuchung durchgeführt:</b>
<b>Untersuchungen:</b> 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

Raum für Ihre Eintragungen:

Patientenname:

## NACHSORGEPROGRAMM

<b>TERMIN 4:</b> (nach 12 Monaten)	<b>Datum:</b>	<b>Untersuchung durchgeführt:</b>
<b>Untersuchungen:</b> 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
<b>TERMIN 5:</b> (nach 15 Monaten)	<b>Datum:</b>	<b>Untersuchung durchgeführt:</b>
<b>Untersuchungen:</b> 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
<b>TERMIN 6:</b> (nach 18 Monaten)	<b>Datum:</b>	<b>Untersuchung durchgeführt:</b>
<b>Untersuchungen:</b> 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

<b>TERMIN 7:</b> (nach 21 Monaten)	<b>Datum:</b>	<b>Untersuchung durchgeführt:</b>
<b>Untersuchungen:</b> 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
<b>TERMIN 8:</b> (nach 24 Monaten)	<b>Datum:</b>	<b>Untersuchung durchgeführt:</b>
<b>Untersuchungen:</b> 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
<b>TERMIN 9:</b> (nach 30 Monaten)	<b>Datum:</b>	<b>Untersuchung durchgeführt:</b>
<b>Untersuchungen:</b> 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

Raum für Ihre Eintragungen:

Patientenname:

## NACHSORGEPROGRAMM

<b>TERMIN 10:</b> (nach 36 Monaten)	<b>Datum:</b>	<b>Untersuchung durchgeführt:</b>
<b>Untersuchungen:</b> 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
<b>WEITERE UNTERSUCHUNGEN 4. - 10. JAHR:</b>		
<b>Jährliche Untersuchungen:</b> 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: