

Patientenname:

NACHSORGEPROGRAMM

TERMIN 1: (nach 3 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung, Beratung Sonographie Abdomen (oder CT) Nach 1 –3 Monaten bei subtotaler Gastrektomie: Helicobacter-Eradikation, wenn im Restharn vorhanden Bei klinischem Verdacht: Labor: BSG, Blutbild, LDH, GOT, GPT, AP, Gamma-GT, Eiweiß, Eisen Sonographie, CT		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
TERMIN 2: (nach 6 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung, Beratung Sonographie Abdomen (oder CT) Gastroskopie nach totaler oder subtotaler Gastrektomie Thorax-Röntgen oder CT Bei klinischem Verdacht: Labor: BSG, Blutbild, LDH, GOT, GPT, AP, Gamma-GT, Eiweiß, Eisen Sonographie, CT		STEMPEL/UNTERSCHRIFT

Raum für Ihre Eintragungen:

Patientenname:

NACHSORGEPROGRAMM

TERMIN 3: (nach 9 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung, Beratung Sonographie Abdomen (oder CT) Bei klinischem Verdacht: Labor: BSG, Blutbild, LDH, GOT, GPT, AP, Gamma-GT, Eiweiß, Eisen Sonographie, CT		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
TERMIN 4: (nach 12 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung, Beratung Sonographie Abdomen (oder CT) Gastroskopie nach totaler oder subtotaler Gastrektomie Thorax-Röntgen oder CT Bei klinischem Verdacht: Labor: BSG, Blutbild, LDH, GOT, GPT, AP, Gamma-GT, Eiweiß, Eisen Sonographie, CT		STEMPEL/UNTERSCHRIFT

Raum für Ihre Eintragungen:

Patientenname:

NACHSORGEPROGRAMM

TERMIN 7: (nach 30 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung, Beratung Sonographie Abdomen (oder CT) Thorax Röntgen oder CT Bei klinischem Verdacht: Labor: BSG, Blutbild, LDH, GOT, GPT, AP, Gamma-GT, Eiweiß, Eisen Sonographie, CT		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
TERMIN 8: (nach 36 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung, Beratung Sonographie Abdomen (oder CT) Gastroskopie: nach subtotaler Gastrektomie Thorax-Röntgen oder CT Bei klinischem Verdacht: Labor: BSG, Blutbild, LDH, GOT, GPT, AP, Gamma-GT, Eiweiß, Eisen Sonographie, CT Fakultativ: Nach totaler Gastrektomie: Gastroskopie		STEMPEL/UNTERSCHRIFT

Raum für Ihre Eintragungen:

Patientenname:

NACHSORGEPROGRAMM

TERMIN 9: (nach 42 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung, Beratung Sonographie Abdomen (oder CT) Thorax Röntgen oder CT Bei klinischem Verdacht: Labor: BSG, Blutbild, LDH, GOT, GPT, AP, Gamma-GT, Eiweiß, Eisen Sonographie, CT		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
TERMIN 10: (nach 48 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung, Beratung Sonographie Abdomen (oder CT) Gastroskopie: nach subtotaler Gastrektomie Thorax-Röntgen oder CT Bei klinischem Verdacht: Labor: BSG, Blutbild, LDH, GOT, GPT, AP, Gamma-GT, Eiweiß, Eisen Sonographie, CT Fakultativ: Nach totaler Gastrektomie: Gastroskopie Nach MALT-Lymphom: Screening des Gastrointestinaltraktes		STEMPEL/UNTERSCHRIFT

Raum für Ihre Eintragungen:

Patientenname:

NACHSORGEPROGRAMM

WEITERE UNTERSUCHUNGEN:

Jährliche Untersuchungen:

Anamnese, Klinische Untersuchung, Beratung

Gastroskopie: nach subtotaler Gastrektomie

Fakultativ:

Sonographie Abdomen (oder CT)

Thorax-Röntgen oder CT

Nach totaler Gastrektomie: Gastroskopie

Bei klinischem Verdacht:

Labor: BSG, Blutbild, LDH, GOT, GPT, AP, Gamma-GT, Eiweiß, Eisen

Sonographie, CT

Alle zwei Jahre:

Nach MALT-Lymphom: Screening des Gastrointestinaltraktes

STEMPEL/UNTERSCHRIFT

Raum für Ihre Eintragungen: