

Patientenname:

NACHSORGEPROGRAMM

TERMIN 1: (nach 3 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung		STEMPEL / UNTERSCHRIFT
TERMIN 2: (nach 6 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung		STEMPEL / UNTERSCHRIFT
TERMIN 3: (nach 9 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung		STEMPEL / UNTERSCHRIFT
TERMIN 4: (nach 12 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung Labor: BSG, BB, LDH, yGT, GPT, GOT, aP, Bil, Krea, BUN Lymphknoten-Sonographie Sonographie-Abdomen Röntgen Thorax Tumormarker S-100B/MIA (im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen)		STEMPEL / UNTERSCHRIFT

Raum für Ihre Eintragungen:

Patientenname:

NACHSORGEPROGRAMM

TERMIN 5: (nach 15 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung		STEMPEL / UNTERSCHRIFT
TERMIN 6: (nach 18 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung		STEMPEL / UNTERSCHRIFT
TERMIN 7: (nach 21 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung		STEMPEL / UNTERSCHRIFT
TERMIN 8: (nach 24 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung Labor: BSG, BB, LDH, yGT, GPT, GOT, aP, Bil, Krea, BUN Lymphknoten-Sonographie Sonographie-Abdomen Röntgen Thorax Tumormarker S-100B/MIA (im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen)		STEMPEL / UNTERSCHRIFT

Raum für Ihre Eintragungen:

Patientenname:

NACHSORGEPROGRAMM

TERMIN 9: (nach 27 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung		STEMPEL / UNTERSCHRIFT
TERMIN 10: (nach 30 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung		STEMPEL / UNTERSCHRIFT
TERMIN 11: (nach 33 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung		STEMPEL / UNTERSCHRIFT
TERMIN 12: (nach 36 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung Lymphknoten-Sonographie		STEMPEL / UNTERSCHRIFT

Raum für Ihre Eintragungen:

Patientenname:

NACHSORGEPROGRAMM

TERMIN 13: (nach 42 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung		STEMPEL / UNTERSCHRIFT
TERMIN 14: (nach 48 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung Lymphknotenultraschall		STEMPEL / UNTERSCHRIFT
TERMIN 15: (nach 54 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung		STEMPEL / UNTERSCHRIFT
WEITERE UNTERSUCHUNGEN:		
Jährliche Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung		STEMPEL / UNTERSCHRIFT

Raum für Ihre Eintragungen: