

Patientenname:

NACHSORGEPROGRAMM

TERMIN 1: (nach 3 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung Labor: BSG, KBB, AP, Bil, LDH, Y-GT Fakultativ: Tumormarker: CEA, CA19-9 Sonografie Abdomen Röntgen Thorax CT-Abdomen		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
TERMIN 2: (nach 6 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung Labor: BSG, KBB, AP, Bil, LDH, Y-GT Fakultativ: Tumormarker: CEA, CA19-9 Sonografie Abdomen Röntgen Thorax CT-Abdomen		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
TERMIN 3: (nach 9 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung Labor: BSG, KBB, AP, Bil, LDH, Y-GT Fakultativ: Tumormarker: CEA, CA19-9 Sonografie Abdomen Röntgen Thorax CT-Abdomen		STEMPEL/UNTERSCHRIFT

Raum für Ihre Eintragungen:

Patientenname:

NACHSORGEPROGRAMM

TERMIN 4: (nach 12 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung Labor: BSG, KBB, AP, Bil, LDH, Y-GT Fakultativ: Tumormarker: CEA, CA19-9 Sonografie Abdomen Röntgen Thorax CT-Abdomen		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
TERMIN 5: (nach 18 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung Labor: BSG, KBB, AP, Bil, LDH, Y-GT Fakultativ: Tumormarker: CEA, CA19-9 Sonografie Abdomen Röntgen Thorax CT-Abdomen		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
TERMIN 6: (nach 24 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung Labor: BSG, KBB, AP, Bil, LDH, Y-GT Fakultativ: Tumormarker: CEA, CA19-9 Sonografie Abdomen Röntgen Thorax CT-Abdomen		STEMPEL/UNTERSCHRIFT

Raum für Ihre Eintragungen:

Patientenname:

NACHSORGEPROGRAMM

TERMIN 7: (nach 30 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung Labor: BSG, KBB, AP, Bil, LDH, Y-GT Fakultativ: Tumormarker: CEA, CA19-9 Sonografie Abdomen Röntgen Thorax CT-Abdomen		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
TERMIN 8: (nach 36 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung Labor: BSG, KBB, AP, Bil, LDH, Y-GT Fakultativ: Tumormarker: CEA, CA19-9 Sonografie Abdomen Röntgen Thorax CT-Abdomen		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
TERMIN 9: (nach 42 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung Labor: BSG, KBB, AP, Bil, LDH, Y-GT Fakultativ: Tumormarker: CEA, CA19-9 Sonografie Abdomen Röntgen Thorax CT-Abdomen		STEMPEL/UNTERSCHRIFT

Raum für Ihre Eintragungen:

Patientenname:

NACHSORGEPROGRAMM

TERMIN 10: (nach 48 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung Labor: BSG, KBB, AP, Bil, LDH, Y-GT Fakultativ: Tumormarker: CEA, CA19-9 Sonografie Abdomen Röntgen Thorax CT-Abdomen		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
TERMIN 11: (nach 54 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung Labor: BSG, KBB, AP, Bil, LDH, Y-GT Fakultativ: Tumormarker: CEA, CA19-9 Sonografie Abdomen Röntgen Thorax CT-Abdomen		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
TERMIN 12: (nach 60 Monaten)	Datum:	Untersuchung durchgeführt:
Untersuchungen: Anamnese, Klinische Untersuchung Labor: BSG, KBB, AP, Bil, LDH, Y-GT Fakultativ: Tumormarker: CEA, CA19-9 Sonografie Abdomen Röntgen Thorax CT-Abdomen		STEMPEL/UNTERSCHRIFT

Raum für Ihre Eintragungen:

Patientenname:

NACHSORGEPROGRAMM

WEITERE UNTERSUCHUNGEN:

Jährliche Untersuchungen:

Anamnese, Klinische Untersuchung

Labor: BSG, KBB, AP, Bil, LDH, Y-GT

Fakultative Untersuchungen:

Tumormarker: CEA, CA19-9

Sonografie Abdomen

Röntgen Thorax

CT-Abdomen

Raum für Ihre Eintragungen: