

Patientenname:

## NACHSORGEPROGRAMM

<b>TERMIN 1:</b> (nach 3 Monaten)	<b>Datum:</b>	<b>Untersuchung durchgeführt:</b>
<b>Untersuchungen:</b> Klinische Untersuchung, Rektaluntersuchung Labor: Harnbefund, PSA BB, SP, alk. Phos., Kreat., SGOT, S GAMMA GT Sonographie von Niere und Restharn		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
<b>TERMIN 2:</b> (nach 6 Monaten)	<b>Datum:</b>	<b>Untersuchung durchgeführt:</b>
<b>Untersuchungen:</b> Klinische Untersuchung, Rektaluntersuchung Labor: Harnbefund, PSA BB, SP, alk. Phos., Kreat., SGOT, S GAMMA GT Sonographie von Niere und Restharn		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
<b>TERMIN 3:</b> (nach 9 Monaten)	<b>Datum:</b>	<b>Untersuchung durchgeführt:</b>
<b>Untersuchungen:</b> Sonographie von Niere und Restharn		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
<b>TERMIN 4:</b> (nach 12 Monaten)	<b>Datum:</b>	<b>Untersuchung durchgeführt:</b>
<b>Untersuchungen:</b> Klinische Untersuchung, Rektaluntersuchung Labor: Harnbefund, PSA BB, SP, alk. Phos., Kreat., SGOT, S GAMMA GT Sonographie von Niere und Restharn		STEMPEL/UNTERSCHRIFT

Raum für Ihre Eintragungen:

Patientenname:

## NACHSORGEPROGRAMM

<b>TERMIN 5:</b> (nach 18 Monaten)	<b>Datum:</b>	<b>Untersuchung durchgeführt:</b>
<b>Untersuchungen:</b> Klinische Untersuchung, Rektaluntersuchung Labor: Harnbefund, PSA BB, SP, alk. Phos., Kreat., SGOT, S GAMMA GT Sonographie von Niere und Restharn		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
<b>TERMIN 6:</b> (nach 24 Monaten)	<b>Datum:</b>	<b>Untersuchung durchgeführt:</b>
<b>Untersuchungen:</b> Klinische Untersuchung, Rektaluntersuchung Labor: Harnbefund, PSA BB, SP, alk. Phos., Kreat., SGOT, S GAMMA GT Sonographie von Niere und Restharn		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
<b>TERMIN 7:</b> (nach 30 Monaten)	<b>Datum:</b>	<b>Untersuchung durchgeführt:</b>
<b>Untersuchungen:</b> Klinische Untersuchung, Rektaluntersuchung Labor: Harnbefund, PSA BB, SP, alk. Phos., Kreat., SGOT, S GAMMA GT Sonographie von Niere und Restharn		STEMPEL/UNTERSCHRIFT

Raum für Ihre Eintragungen:

Patientenname:

## NACHSORGEPROGRAMM

<b>TERMIN 8:</b> (nach 36 Monaten)	<b>Datum:</b>	<b>Untersuchung durchgeführt:</b>
<b>Untersuchungen:</b> Klinische Untersuchung, Rektaluntersuchung Labor: Harnbefund, PSA BB, SP, alk. Phos., Kreat., SGOT, S GAMMA GT Sonographie von Niere und Restharn		STEMPEL/UNTERSCHRIFT
<b>WEITERE UNTERSUCHUNGEN:</b>		
<b>Jährliche Untersuchungen:</b> Klinische Untersuchung, Rektaluntersuchung Labor: Harnbefund, PSA BB, SP, alk. Phos., Kreat., SGOT, S GAMMA GT Sonographie von Niere und Restharn		STEMPEL/UNTERSCHRIFT

Raum für Ihre Eintragungen: