

PATIENTENDATEN

Name / Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ | Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Vertrauensperson

Name / Vorname _____

Straße _____

PLZ | Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Bitte bringen Sie diesen Nachsorgepass zu jeder Nachsorgeuntersuchung mit. Denken Sie auch daran, ihn auf Reisen mitzunehmen, damit sich der Arzt am Urlaubsort über den Verlauf Ihrer Erkrankung informieren kann, falls Sie Beschwerden haben.

INHALT

PATIENTENDATEN	1
DER WEG DURCH DIE BEHANDLUNG	3
DAS GESPRÄCH MIT DEM ARZT	4
HILFREICHE ADRESSEN	7
DIAGNOSE	9
BEGLEITMEDIKAMENTE	10
NEOAJUVANTE BEHANDLUNG	11
OPERATION	12
BESTRAHLUNG	15
CHEMOTHERAPIE	16
HORMONTHERAPIE	28
WEITERE THERAPIEN	32
NACHSORGEUNTERSUCHUNG	34
WEITERFÜHRENDE ADRESSEN	50

DER WEG DURCH DIE BEHANDLUNG

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Diagnostik und Behandlung einer Krebserkrankung sollte in einer Klinik erfolgen, die darauf spezialisiert ist. Welche Therapie im Einzelnen eingesetzt wird, hängt stark von der jeweiligen Tumorart ab. Operation, Chemo- und Strahlentherapie sind nach wie vor die klassischen Säulen der Krebstherapie, doch zunehmend entwickeln Forscher und Mediziner auch neue Verfahren und für den Patienten maßgeschneiderte Behandlungskonzepte.

Nach Abschluss der sogenannten Primärtherapie können sich eine Anschlussheilbehandlung und / oder eine onkologische Rehabilitation anschließen, und schließlich folgt die Tumornachsorge – anfangs in kürzeren, später in längeren Abständen.

Zu jedem Zeitpunkt ist eine psychoonkologische Unterstützung möglich.

In diesen Nachsorgepass Krebs können Ihre Ärzte alle wesentlichen Therapiemaßnahmen und Untersuchungen eintragen. So soll der Nachsorgepass dabei unterstützen, Ihnen und Ihren Therapeuten einen Überblick über Ihren Behandlungsverlauf und die Nachsorgeuntersuchungen zu geben.

Wir wünschen Ihnen alles Gute.

**Ihre Deutsche Krebshilfe und
Deutsche Krebsgesellschaft**

DAS GESPRÄCH MIT DEM ARZT


Ärzte stehen häufig unter Zeitdruck. Wenn Sie sich gut auf das Gespräch vorbereiten, tragen Sie dazu bei, möglichst umfassende Informationen zu erhalten.

Tipps für Gespräche in der Praxis und im Krankenhaus

- Schreiben Sie sich möglichst schon im Vorfeld alle Fragen auf, die Ihnen durch den Kopf gehen.
- Gliedern Sie Ihre Fragen vor dem Gespräch nach den verschiedenen Bereichen wie Diagnostik, Therapie, Studienteilnahme, Heilungsaussichten, Schmerzen etc.
- Nehmen Sie eine vertraute Person zu den Gesprächen mit. Im intensiven Gespräch bekommt man nicht immer alles mit.
- Denken Sie daran, etwas zum Schreiben mitzunehmen, um sich Notizen machen zu können.

Tipps zur Gesprächsführung

- Achten Sie darauf, dass Sie Ihren Arzt verstehen, und fragen Sie nach, wenn Ihnen etwas nicht klar geworden ist.
- Lassen Sie sich unbekannte Fremdwörter erklären. Viele Ärzte bemerken nicht, wie viele unverständliche Fachbegriffe sie benutzen.
- Prüfen Sie, ob Ihre Fragen beantwortet sind.
- Beschreiben Sie Ihrem Arzt nicht nur körperliche Beschwerden, sondern auch Ihr seelisches Befinden.
- Fragen Sie gegebenenfalls nach, wo Sie psychoonkologische Unterstützung bekommen können.
- Erbitten Sie Bedenkzeit, wenn Ihnen eine Entscheidung – etwa für eine Untersuchung oder eine Behandlungsform – schwer fällt.



Arztgespräche sollten in Ruhe und ohne Zeitdruck stattfinden. Lassen Sie sich alles genau erklären. Oft ist es sinnvoll, einen weiteren Gesprächstermin zu vereinbaren, insbesondere falls Sie nicht alle Informationen sofort aufnehmen konnten.


Beispiele für Fragenkomplexe während der Gespräche

Fragen zur Erkrankung

- Wie sieht derzeit die Standardbehandlung für meine Tumorerkrankung aus?
- Gibt es dazu mögliche Behandlungsalternativen?
- Welche Vor- und Nachteile haben die einzelnen Methoden? (Nutzen – Risiken)?
- Wann muss frühestens / spätestens mit der Behandlung begonnen werden?
- Wie sind die Heilungsaussichten?



Fragen zur Chemotherapie / Bestrahlung

- Wie lange wird die Behandlung voraussichtlich dauern?
 - Kann die Behandlung ambulant / muss sie stationär durchgeführt werden?
 - Muss ich während der Therapie besondere Verhaltensweisen bedenken (insbesondere zum Infektionsschutz / zur Vermeidung von Nebenwirkungen)?
 - Gibt es für mich besondere Ernährungsempfehlungen?
 - Wie stark darf ich mich belasten?
 - Darf / soll ich (wieder) Sport machen?
 - Kann ich während der Behandlung berufstätig sein? Wann kann ich wieder berufstätig sein?
 - Gefährdet die Behandlung meine Angehörigen / Kinder?
- 

Fragen nach der Erstbehandlung

- Wann und wo kann ich meine Reha machen? Wer kann mir bei den Anträgen helfen?
- Welche Termine sind für die Nachsorge wichtig? Welche Untersuchungen werden gemacht?
- Ist eine langfristige Ernährungsumstellung notwendig?
- Ist eine langfristige Bewegungsumstellung notwendig?
- Wie kann ich mein Immunsystem stärken?

Sozialrechtliche und psychoonkologische Fragen

- Wie lange werde ich arbeitsunfähig sein? Wie lange bekomme ich Krankengeld?
- Kann ich Pflegeleistungen erhalten? Wenn ja, welche?
- Was ist eine Erwerbsminderungsrente? Wie hoch ist sie?
- Kann ich psychosoziale Unterstützung bekommen? Wenn ja, wo?
- Gibt es für meine Erkrankung eine Selbsthilfegruppe? Wie finde ich die nächstgelegene?



HILFREICHE ADRESSEN

An der Behandlung beteiligte Ärzte / Kliniken / Beratungsstellen

Name | Stempel

Name | Stempel



Name | Stempel





Name | Stempel

Name | Stempel



Name | Stempel

8



DIAGNOSE

Datum der Erstdiagnose _____

Befund

Histologie/Grading

Gleason-Score

TNM

UICC-Stadium

Hormonstatus

Tumormarker

Bildgebende Verfahren

Sonstiges

BEGLEITMEDIKAMENTE

Medikament

Dosierung

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

Weitere Erkrankungen

<hr/>
<hr/>

Bekannte Allergien

<hr/>
<hr/>
<hr/>

NEOADJUVANTE BEHANDLUNG

Anti-Hormontherapie

von

bis

Chemotherapie

Substanzen

Dosierung

Anzahl der Zyklen / Intervall

Bestrahlung

Gesamtdosis | | | Gy

Fraktionierung

Beginn

Ende

OPERATION

Datum _____

Operation

Datum | Stempel der Einrichtung

BESTRAHLUNG

Gesamtdosis | | | Gy _____

Fraktionierung _____

Beginn | | | | | | | _____

Ende | | | | | | | _____

Bestrahlungsfeld

Datum | Stempel der Einrichtung

CHEMOTHERAPIE

Datum _____

Zyklus-Nr. _____

Substanzen

Dosierung

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Laborwerte

Datum **Hb/Hk** **Leukozyten** **Thrombozyten**

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

CHEMOTHERAPIE

Datum

Zyklus-Nr.

Substanzen	Dosierung
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Laborwerte			
Datum	Hb/Hk	Leukozyten	Thrombozyten
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CHEMOTHERAPIE

Datum

Zyklus-Nr.

Substanzen	Dosierung
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Laborwerte

Datum	Hb/Hk	Leukozyten	Thrombozyten
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CHEMOTHERAPIE

Datum _____

Zyklus-Nr. _____

Substanzen	Dosierung
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Datum	Hb/Hk	Leukozyten	Thrombozyten
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

CHEMOTHERAPIE

Datum

Zyklus-Nr.

Substanzen	Dosierung
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Laborwerte

Datum	Hb/Hk	Leukozyten	Thrombozyten
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CHEMOTHERAPIE

Datum _____

Zyklus-Nr. _____

Substanzen	Dosierung
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Laborwerte			
Datum	Hb/Hk	Leukozyten	Thrombozyten
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

CHEMOTHERAPIE

Datum _____

Zyklus-Nr. _____

Substanzen

Dosierung

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Laborwerte

Datum **Hb/Hk** **Leukozyten** **Thrombozyten**

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

CHEMOTHERAPIE

Datum _____

Zyklus-Nr. _____

Substanzen

Dosierung

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Laborwerte

Datum **Hb/Hk** **Leukozyten** **Thrombozyten**

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

CHEMOTHERAPIE

Datum _____

Zyklus-Nr. _____

Substanzen

Dosierung

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Laborwerte

Datum **Hb/Hk** **Leukozyten** **Thrombozyten**

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

CHEMOTHERAPIE

Datum _____

Zyklus-Nr. _____

Substanzen

Dosierung

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Laborwerte

Datum

Hb/Hk

Leukozyten

Thrombozyten

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

CHEMOTHERAPIE

Datum _____

Zyklus-Nr. _____

Substanzen

Dosierung

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Laborwerte

Datum **Hb/Hk** **Leukozyten** **Thrombozyten**

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

CHEMOTHERAPIE





Datum

Zyklus-Nr.

Substanzen	Dosierung
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Laborwerte			
Datum	Hb/Hk	Leukozyten	Thrombozyten
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

HORMONTHERAPIE

Präparat	Datum
<hr/>	<hr/> 
<hr/>	<hr/> 
<hr/>	<hr/> 
<hr/>	<hr/> 

Bemerkungen

Datum | Stempel der Einrichtung | des Arztes





HORMONTHERAPIE

Präparat	Datum
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Bemerkungen

Datum | Stempel der Einrichtung | des Arztes

HORMONTHERAPIE

Präparat	Datum
<hr/>	<hr/> 
<hr/>	<hr/> 
<hr/>	<hr/> 
<hr/>	<hr/> 

Bemerkungen

Datum | Stempel der Einrichtung | des Arztes

HORMONTHERAPIE

Präparat	Datum
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Bemerkungen

Datum | Stempel der Einrichtung | des Arztes

WEITERE THERAPIEN

Therapie	Datum

Bemerkungen

Datum | Stempel der Einrichtung | des Arztes

WEITERE THERAPIEN

Therapie	Datum
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Bemerkungen

Datum | Stempel der Einrichtung | des Arztes



NACHSORGEUNTERSUCHUNG

Im 1. Jahr

1.

2.

3.

4.

Datum

Körperlicher Befund

Laborwerte

Untersuchungen

Nächster geplanter Termin





NACHSORGEUNTERSUCHUNG

Im 1. Jahr 1. 2. 3. 4.

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Körperlicher Befund

Laborwerte

Untersuchungen

Nächster geplanter Termin

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NACHSORGEUNTERSUCHUNG

Im 1. Jahr 1. 2. 3. 4.

Datum

Körperlicher Befund

Laborwerte

Untersuchungen

Nächster geplanter Termin



NACHSORGEUNTERSUCHUNG

Im 2. Jahr 1. 2. 3. 4.

Datum

Körperlicher Befund

Laborwerte

Untersuchungen

Nächster geplanter Termin





NACHSORGEUNTERSUCHUNG

Im 2. Jahr 1. 2. 3. 4.

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Körperlicher Befund

Laborwerte

Untersuchungen

Nächster geplanter Termin

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

40

NACHSORGEUNTERSUCHUNG

Im 3. Jahr

1.

2.

3.

4.

Datum

| | | | | | | | | |

Körperlicher Befund

Laborwerte

Untersuchungen

Nächster geplanter Termin

| | | | | | | | | |



NACHSORGEUNTERSUCHUNG

Im 3. Jahr 1. 2. 3. 4.

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Körperlicher Befund

Laborwerte

Untersuchungen

Nächster geplanter Termin

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NACHSORGEUNTERSUCHUNG

Im 3. Jahr 1. 2. 3. 4.

Datum

Körperlicher Befund

Laborwerte

Untersuchungen

Nächster geplanter Termin



NACHSORGEUNTERSUCHUNG

Im 4. Jahr

1. 2.

Datum

_____ | | | | | | | | | | | | | | | |

Körperlicher Befund

Laborwerte

Untersuchungen

Nächster geplanter Termin

_____ | | | | | | | | | | | | | | | |



NACHSORGEUNTERSUCHUNG

Im 4. Jahr

1. 2.

Datum

Körperlicher Befund

Laborwerte

Untersuchungen

Nächster geplanter Termin



NACHSORGEUNTERSUCHUNG

Im 5. Jahr

1. 2.

Datum

_____ | | | | | | | | | |

Körperlicher Befund

Laborwerte

Untersuchungen

Nächster geplanter Termin

_____ | | | | | | | | | |



WEITERFÜHRENDE ADRESSEN

Haus der Krebs-Selbsthilfe – Bundesverband e.V.

Thomas-Mann-Straße 40
53111 Bonn
Telefon: 02 28 / 33 88 9-0
www.hausderkrebsselbsthilfe.de

- Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V.
- Deutsche ILCO e.V.
- Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe e.V.
- Arbeitskreis der Pankreataktomierten e.V.
- Bundesverband der Kehlkopfoperierten e.V.
- Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. BPS
- Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V.
- BRCA-Netzwerk e.V.
- Bundesverband Schilddrüsenkrebs – Ohne Schilddrüse leben e.V.

Dr. Mildred Scheel Akademie für Forschung und Bildung gGmbH

Kerpener Straße 62
50924 Köln
Telefon: 02 21 / 94 40 49-0
Fortbildungsprogramm unter:
www.krebshilfe.de/akademie

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin
Telefon: 0 30 / 322 93 29 0
www.krebsgesellschaft.de

KID – Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums

Telefon: 0800 / 420 30 40
(täglich 8 – 20 Uhr)
www.krebsinformationsdienst.de

Hilfe für Kinder krebskranker Eltern e.V.

Münchener Straße 45
60329 Frankfurt am Main
Telefon: 0180 / 44 35 530
www.hilfe-fuer-kinder-krebskranker-eltern.de

