

[www.krebshilfe.de](http://www.krebshilfe.de)

---

# KREBS NACHSORGE

---

IHRE PERSÖNLICHEN UNTERLAGEN



**Deutsche Krebshilfe**  
HELFFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

Damit unsere Materialien besser lesbar sind, verzichten wir darauf, gleichzeitig männliche und weibliche Sprachformen zu verwenden. Sämtliche Personenbezeichnungen schließen selbstverständlich alle Geschlechter ein.

#### **Herausgeber**

Stiftung Deutsche Krebshilfe  
Buschstraße 32  
53113 Bonn  
Telefon: 0228 72990-0  
E-Mail: [deutsche@krebshilfe.de](mailto:deutsche@krebshilfe.de)  
Internet: [www.krebshilfe.de](http://www.krebshilfe.de)



Stand 7 / 2024  
080 0000

## **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 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 Krebs-Nachsorgepass 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**



# PATIENTENDATEN

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ | Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

## Kontaktperson für den Notfall

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 kann sich der Arzt, beispielsweise an Ihrem Urlaubsort, über den Verlauf Ihrer Erkrankung informieren, falls Sie Beschwerden haben.

# DIAGNOSE

Datum der Erstdiagnose \_\_\_\_\_

ICD-10 \_\_\_\_\_

**Befund** \_\_\_\_\_

**Histologie / Grading** \_\_\_\_\_

**ISUP** \_\_\_\_\_

**Gleason-Score** \_\_\_\_\_

**TNM** \_\_\_\_\_

**UICC-Stadium** \_\_\_\_\_

**Hormonstatus** \_\_\_\_\_

**Tumormarker** \_\_\_\_\_

**Bildgebende Verfahren** \_\_\_\_\_

**Sonstiges** \_\_\_\_\_

# HILFREICHE ADRESSEN

## An der Behandlung beteiligte Ärzte / Kliniken / Beratungsstellen

---

Name | Stempel

---

Name | Stempel

---

Name | Stempel

---

Name | Stempel

---

Name | Stempel

---

Name | Stempel

# 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

- Stellen Sie möglichst offene Fragen, die nicht mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden können. So erhalten Sie mehr Informationen.
- Fragen Sie konsequent nach, wenn Sie etwas nicht verstehen. Viele Ärzte bemerken nicht, dass sie Fachwörter benutzen, die Sie vielleicht nicht kennen.
- Lassen Sie sich, wenn möglich, die geplante Therapie bildlich darstellen (etwa mit einer Abbildung oder einer Zeichnung bei einer Operation). Wenn Sie die Lage des kranken Organs, der Lymphknoten usw. auf Abbildungen sehen, können Sie viele Zusammenhänge besser erkennen und verstehen.
- Beschreiben Sie nicht nur Ihre körperlichen Beschwerden. Auch Ihr seelisches Befinden ist wichtig.
- Wenn es Ihnen schwerfällt, eine Entscheidung zu treffen, bitten Sie um Bedenkzeit. So können Sie auch eine Zweitmeinung einholen, wenn Sie sich unsicher fühlen.

- Es ist sinnvoll, zum Schluss gemeinsam das Gespräch zusammenzufassen. So stellen Sie sicher, dass Sie alles verstanden haben und nichts vergessen wurde.

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 Fragen zur Behandlung

- Was ist derzeit die Standardbehandlung für meine Krebserkrankung?
- Wie viel Zeit habe ich, eine Entscheidung zu treffen?
- Wie oft hat der behandelnde Arzt bereits Patienten mit meiner Erkrankung behandelt / operiert?
- Gibt es unterschiedliche Therapien mit ähnlich guten Ergebnissen?
- Welche Vor- und Nachteile haben die unterschiedlichen Therapien?
- Wird die Behandlung von der Krankenkasse gezahlt?
- Was passiert, wenn ich mich nicht behandeln lasse?
- Mit welchen Risiken und Nebenwirkungen muss ich bei der geplanten Therapie rechnen?
- Hat die Behandlung Auswirkungen auf meine Lebensqualität? Wenn ja, welche?
- Kann ich nach der Behandlung weiterhin meinem Beruf nachgehen?
- Muss ich mit Spätfolgen rechnen und wenn ja, mit welchen?

## 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?

**Eigene Fragen**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## BEGLEITMEDIKAMENTE

**Medikament**

**Dosierung**

| Medikament | Dosierung |
|------------|-----------|
|            |           |
|            |           |
|            |           |
|            |           |
|            |           |
|            |           |

**Weitere Erkrankungen**

---

---

---

---

---

**Allergien**

---

---

---

---

---

# 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

---





# 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"/> |

**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"/> |

**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"/> |

**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"/> |

**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"/> |

**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"/> |

**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"/> |

**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"/> |

**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"/> |

**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"/> |

**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"/> |

**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

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |





**Bemerkungen**

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

Datum | Stempel der Einrichtung | des Arztes

---

# HORMONTHERAPIE

| Präparat | Datum   |
|----------|---|
|          |  |
|          |  |
|          |  |
|          |  |

---

## Bemerkungen

---

---

---

---

---

---

---

---





---

---

Datum | Stempel der Einrichtung | des Arztes

---

# HORMONTHERAPIE

| Präparat | Datum   |
|----------|---|
|          |  |
|          |  |
|          |  |
|          |  |

---

## 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

---

## 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 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 

# 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 

# 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 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 

# 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: 0228 33889-0  
[www.hausderkrebsselfhilfe.de](http://www.hausderkrebsselfhilfe.de)

- Frauenselbsthilfe nach Krebs e. V.
- Deutsche ILCO e. V.
- Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe e. V.
- Arbeitskreis der Pankreataktomierten e. V.
- Bundesverband Kehlkopf- und Kopf-Hals-Tumore e. V.
- Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V. BPS
- Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V.
- BRCA-Netzwerk e. V.
- Bundesverband Schilddrüsenkrebs – Ohne Schilddrüse leben e. V.
- Kopf-Hals-M.U.N.D.-Krebs e. V.

**Dr. Mildred Scheel Akademie für Forschung und Bildung gGmbH**  
Kerpener Straße 62  
50937 Köln  
Telefon: 0221 944049-0  
Fortbildungsprogramm unter:  
[www.krebshilfe.de/akademie](http://www.krebshilfe.de/akademie)

**Deutsche Krebsgesellschaft e. V.**  
Kuno-Fischer-Straße 8  
14057 Berlin  
Telefon: 030 3229329-0  
[www.krebsgesellschaft.de](http://www.krebsgesellschaft.de)

**KID – Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums**  
Telefon: 0800 4203040  
(täglich 8 – 20 Uhr)  
[www.krebsinformationsdienst.de](http://www.krebsinformationsdienst.de)

**Hilfe für Kinder krebskranker Eltern e. V.**  
Arnstädter Weg 3  
65931 Frankfurt am Main  
Telefon: 069 47892071  
[www.hkke.org](http://www.hkke.org)

## INFONETZ KREBS

Das Team des INFONETZ KREBS (Informations- und Beratungsdienst der Deutschen Krebshilfe) steht Ihnen in allen Phasen der Erkrankung zur Seite.

**INFONETZ KREBS der Deutschen Krebshilfe**  
Buschstraße 32  
53113 Bonn

Telefon: 0800 80708877  
(kostenfrei, Mo bis Fr 8 – 17 Uhr)  
E-Mail: [krebshilfe@infonetz-krebs.de](mailto:krebshilfe@infonetz-krebs.de)  
Internet: [www.infonetz-krebs.de](http://www.infonetz-krebs.de)

Wir beantworten Ihnen in allen Phasen der Erkrankung Ihre persönlichen Fragen nach dem aktuellen Stand von Medizin und Wissenschaft. Wir helfen Ihnen, themenbezogene Anlaufstellen zu finden, und bieten Ihnen Informationen in allgemeinverständlicher Sprache. Und vor allem nehmen wir uns Zeit für Sie.

**INFONETZ  
KREBS**  
WISSEN SCHAFFT MUT

Ihre persönliche  
Beratung  
Mo bis Fr 8 – 17 Uhr

**0800  
80708877**  
kostenfrei

## Spendenkonto

Kreissparkasse Köln

IBAN DE65 3705 0299 0000 9191 91

BIC COKSDE33XXX



**Deutsche Krebshilfe**  
HELFFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.