

Nachsorgepass

Hautkrebszentrum
Frankfurt



Zentrale Anschrift

Hautkrebszentrum Frankfurt
Universitätsklinikum Frankfurt

Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie

Haus 28

Theodor-Stern-Kai 7

60590 Frankfurt/Main

Telefon Hochschulambulanz: 069/6301-5118

Telefon Privatambulanz: 069/6301-5179

E-Mail: hautkrebszentrum@kgu.de



So erreichen Sie uns

Ausgestellt von:



Datum, Unterschrift Arzt (Stempel)

Kurzinfo zum Gebrauch

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen Ihrer Hautkrebserkrankung wurde die Tumorbehandlung erfolgreich beendet. Mit diesem Nachsorgepass wollen wir Sie, Ihren Dermatologen und Ihren Hausarzt unterstützen. Er soll einen Überblick über die wichtigsten Untersuchungen im Rahmen der von der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie (ADO) empfohlenen Nachsorgeuntersuchungen geben. Ziele der Nachsorge sind die frühzeitige Erkennung eines Rezidivs und die möglichst frühe Entdeckung von eventuell auftretenden Zweittumoren an der Haut.

Dieses Heft soll gleichzeitig dazu dienen, die Ergebnisse der Nachsorge zu dokumentieren, um auf diese Weise Ihnen und Ihren behandelnden Ärzten einen raschen Zugriff auf die Ergebnisse zu ermöglichen. Wir bitten Sie deshalb, diesen Pass zu allen ärztlichen Untersuchungen mitzubringen.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Roland Kaufmann

Direktor der Klinik für Dermatologie

Wichtige Hinweise für Hauttumorpatienten

Selbstuntersuchung

Es ist wichtig, dass Sie Ihre Haut und Ihren Körper sorgfältig beobachten!

Wie empfehlen Ihnen daher, Ihre Haut einmal pro Monat selbst zu untersuchen.

Bei Veränderung bestehender Muttermale und rascher Entwicklung neuer Hautveränderungen stellen Sie sich bitte direkt beim behandelnden Arzt vor!

Sollten Sie bei der Selbstuntersuchung vergrößerte Lymphknoten tasten, nehmen Sie bitte ebenfalls Kontakt mit dem behandelnden Arzt auf!

Lichtschutz

Auch künftig dürfen Sie die Sonne in Maßen genießen!
Bitte befolgen Sie dennoch folgende Hinweise zum Sonnenschutz:

- Meiden Sie konsequent die Mittagssonne von 11:00-15:00 Uhr und suchen Sie in dieser Zeit den Schatten.
- Vom Solariumsbesuch raten wir dringend ab.
- Kleidung ist der beste Sonnenschutz! Daher schützen

Sie Ihre Haut durch Kleidung! Eine Kopfbedeckung mit breiter Krempe bietet Schatten für Augen, Ohren, Gesicht und Nacken. Sonnenbrillen mit 100 % UV-A- und UV-B-Schutz reduzieren die Gefahr von Augenschäden. Die Kleidung sollte möglichst lang-ärmelig und dichtgewebt sein und locker sitzen.

- Nutzen Sie Sonnenschutzcreme mit mindestens Lichtschutzfaktor 20!

Diese Empfehlung gilt das ganze Jahr. Wählen Sie eine Tagescreme mit integriertem Lichtschutz.

Für den Sonnenurlaub gilt:

Tragen Sie 30 Minuten vor dem Sonnenbad reichlich wasserfeste Sonnencreme mit mindestens Lichtschutzfaktor 20 auf alle unbedeckten Körperstellen auf.

Cremen Sie regelmäßig nach, vor allem nach dem Baden. Durch Wasser, Schweiß sowie Sand reibt ein Teil der Creme ab, selbst wenn sie wasserfest ist.

Bedenken Sie: Nachcremen verlängert nicht die Schutzwirkung, es erhält sie nur.

Persönliche Angaben

Nachsorgepass ausgestellt für:

Patientenstammdaten (Etikett)

Hausarzt:

.....

Telefon:

Im Notfall zu benachrichtigen:

Name:

Vorname:

Telefon:

Handy - Nr.:

Angaben zur Erkrankung

Tumortyp:

Tumorstadium:

Erstdiagnose:

A large, empty rectangular box with a dotted border, intended for the patient to provide detailed information about their condition.

Patientenaufkleber nach Tumorentität

Tumornachsorge nach Monaten

Datum: **Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Ganzkörper-
untersuchung:

..... Lymphknoten-
abtastung:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Labor:**

..... Tumor-
marker:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Weitere Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Lymphknoten-
sonographie

..... Bildgebung:

..... Sonstige:

.....
(Praxis/Klinik)

Tumornachsorge nach Monaten

Datum: **Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Ganzkörper-
untersuchung:

..... Lymphknoten-
abtastung:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Labor:**

..... Tumor-
marker:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Weitere Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Lymphknoten-
sonographie

..... Bildgebung:

..... Sonstige:

.....
(Praxis/Klinik)

Tumornachsorge nach Monaten

Datum: **Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Ganzkörper-
untersuchung:

..... Lymphknoten-
abtastung:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Labor:**

..... Tumor-
marker:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Weitere Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Lymphknoten-
sonographie

..... Bildgebung:

..... Sonstige:

.....
(Praxis/Klinik)

Tumornachsorge nach Monaten

Datum: **Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Ganzkörper-
untersuchung:

..... Lymphknoten-
abtastung:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Labor:**

..... Tumor-
marker:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Weitere Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Lymphknoten-
sonographie

..... Bildgebung:

..... Sonstige:

.....
(Praxis/Klinik)

Tumornachsorge nach Monaten

Datum: **Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Ganzkörper-
untersuchung:

..... Lymphknoten-
abtastung:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Labor:**

..... Tumor-
marker:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Weitere Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Lymphknoten-
sonographie

..... Bildgebung:

..... Sonstige:

.....
(Praxis/Klinik)

Tumornachsorge nach Monaten

Datum: **Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Ganzkörper-
untersuchung:

..... Lymphknoten-
abtastung:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Labor:**

..... Tumor-
marker:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Weitere Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Lymphknoten-
sonographie

..... Bildgebung:

..... Sonstige:

.....
(Praxis/Klinik)

Tumornachsorge nach Monaten

Datum: **Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Ganzkörper-
untersuchung:

..... Lymphknoten-
abtastung:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Labor:**

..... Tumor-
marker:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Weitere Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Lymphknoten-
sonographie

..... Bildgebung:

..... Sonstige:

.....
(Praxis/Klinik)

Tumornachsorge nach Monaten

Datum: **Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Ganzkörper-
untersuchung:

..... Lymphknoten-
abtastung:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Labor:**

..... Tumor-
marker:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Weitere Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Lymphknoten-
sonographie

..... Bildgebung:

..... Sonstige:

.....
(Praxis/Klinik)

Tumornachsorge nach Monaten

Datum: **Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Ganzkörper-
untersuchung:

..... Lymphknoten-
abtastung:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Labor:**

..... Tumor-
marker:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Weitere Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Lymphknoten-
sonographie

..... Bildgebung:

..... Sonstige:

.....
(Praxis/Klinik)

Tumornachsorge nach Monaten

Datum: **Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Ganzkörper-
untersuchung:

..... Lymphknoten-
abtastung:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Labor:**

..... Tumor-
marker:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Weitere Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Lymphknoten-
sonographie

..... Bildgebung:

..... Sonstige:

.....
(Praxis/Klinik)

Tumornachsorge nach Monaten

Datum: **Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Ganzkörper-
untersuchung:

..... Lymphknoten-
abtastung:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Labor:**

..... Tumor-
marker:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Weitere Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Lymphknoten-
sonographie

..... Bildgebung:

..... Sonstige:

.....
(Praxis/Klinik)

Tumornachsorge nach Monaten

Datum: **Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Ganzkörper-
untersuchung:

..... Lymphknoten-
abtastung:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Labor:**

..... Tumor-
marker:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Weitere Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Lymphknoten-
sonographie

..... Bildgebung:

..... Sonstige:

.....
(Praxis/Klinik)

Tumornachsorge nach Monaten

Datum: **Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Ganzkörper-
untersuchung:

..... Lymphknoten-
abtastung:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Labor:**

..... Tumor-
marker:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Weitere Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Lymphknoten-
sonographie

..... Bildgebung:

..... Sonstige:

.....
(Praxis/Klinik)

Tumornachsorge nach Monaten

Datum: **Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Ganzkörper-
untersuchung:

..... Lymphknoten-
abtastung:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Labor:**

..... Tumor-
marker:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Weitere Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Lymphknoten-
sonographie

..... Bildgebung:

..... Sonstige:

.....
(Praxis/Klinik)

Tumornachsorge nach Monaten

Datum: **Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Ganzkörper-
untersuchung:

..... Lymphknoten-
abtastung:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Labor:**

..... Tumor-
marker:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Weitere Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Lymphknoten-
sonographie

..... Bildgebung:

..... Sonstige:

.....
(Praxis/Klinik)

Tumornachsorge nach Monaten

Datum: **Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Ganzkörper-
untersuchung:

..... Lymphknoten-
abtastung:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Labor:**

..... Tumor-
marker:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Weitere Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Lymphknoten-
sonographie

..... Bildgebung:

..... Sonstige:

.....
(Praxis/Klinik)

Tumornachsorge nach Monaten

Datum: **Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Ganzkörper-
untersuchung:

..... Lymphknoten-
abtastung:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Labor:**

..... Tumor-
marker:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Weitere Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Lymphknoten-
sonographie

..... Bildgebung:

..... Sonstige:

.....
(Praxis/Klinik)

Tumornachsorge nach Monaten

Datum: **Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Ganzkörper-
untersuchung:

..... Lymphknoten-
abtastung:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Labor:**

..... Tumor-
marker:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Weitere Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Lymphknoten-
sonographie

..... Bildgebung:

..... Sonstige:

.....
(Praxis/Klinik)

Tumornachsorge nach Monaten

Datum: **Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Ganzkörper-
untersuchung:

..... Lymphknoten-
abtastung:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Labor:**

..... Tumor-
marker:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Weitere Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Lymphknoten-
sonographie

..... Bildgebung:

..... Sonstige:

.....
(Praxis/Klinik)

Tumornachsorge nach Monaten

Datum: **Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Ganzkörper-
untersuchung:

..... Lymphknoten-
abtastung:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Labor:**

..... Tumor-
marker:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Weitere Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Lymphknoten-
sonographie

..... Bildgebung:

..... Sonstige:

.....
(Praxis/Klinik)

Tumornachsorge nach Monaten

Datum: **Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Ganzkörper-
untersuchung:

..... Lymphknoten-
abtastung:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Labor:**

..... Tumor-
marker:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: **Weitere Untersuchung:** **Ergebnis:**

..... Lymphknoten-
sonographie

..... Bildgebung:

..... Sonstige:

.....
(Praxis/Klinik)

Tumornachsorge nach Monaten

Datum: Untersuchung: Ergebnis:

..... Ganzkörper-
untersuchung:

..... Lymphknoten-
abtastung:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: Labor:

..... Tumor-
marker:

.....
(Praxis/Klinik)

Datum: Weitere Untersuchung: Ergebnis:

..... Lymphknoten-
sonographie

..... Bildgebung:

..... Sonstige:

.....
(Praxis/Klinik)

Bitte lassen Sie sich über die eventuelle Notwendigkeit einer weiteren Nachsorge von Ihrem behandelnden Arzt beraten.

Universitätsklinikum Frankfurt

Sekretariat UCT

Haus 23B, 1. OG, Raum 1A338

Theodor-Stern-Kai 7

60590 Frankfurt/Main

Informationshotline UCT:

069/6301-87333 (Mo-Fr 9-16 Uhr)

Fax: 069/6301-83833

E-Mail: info-uct@kgu.de

Internet: www.uct-frankfurt.de

Foto: ©UCT; 03/2021 ; Gestaltung: kummerdesign



Deutsche Krebshilfe
HELFFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

Ausgezeichnet als Onkologisches
Spitzenzentrum durch die
Deutsche Krebshilfe e.V.

