

# Nachsorgepass

Hautkrebszentrum  
Frankfurt



# Hautkrebszentrum Frankfurt Universitätsmedizin 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@unimedizin-ffm.de](mailto:hautkrebszentrum@unimedizin-ffm.de)



So erreichen Sie uns

Scannen Sie den QR-Code und laden  
Sie die UKF-App zur Information und  
Navigation herunter.



Ausgestellt von:

Datum, Unterschrift Arzt (Stempel)

## Kurzinfo zum Gebrauch

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
im Rahmen Ihrer Hautkrebserkrankung wurde nun eine Behandlungsphase beendet. Mit diesem Nachsorgepass wollen wir Sie, Ihren Hausarzt\* und andere beteiligte Ärzte unterstützen. Er soll einen Überblick über die Untersuchungen geben, die für Ihre Erkrankung gemäß Leitlinien oder Expertenmeinung im Rahmen der Nachsorge erfolgen sollten. Ziele der Nachsorge sind die frühzeitige Erkennung eines Wiederauftretens der Hautkrebserkrankung und die möglichst frühe Erkennung 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. med. Bastian Schilling

Direktor der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie der Universitätsmedizin Frankfurt

\*Hinweis zum generischen Maskulinum: Zur besseren Lesbarkeit wird in diesem Dokument das generische Maskulinum verwendet. Diese Formulierungsweise umfasst gleichermaßen alle Geschlechter und ist nicht wertend gemeint.

# Wichtige Hinweise für Hautkrebspatienten

## 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!

Eine Anleitung finden Sie z. B. unter:  
[www.gemeinsam-gegen-hautkrebs.de/  
hautkrebs-selbstuntersuchung](http://www.gemeinsam-gegen-hautkrebs.de/hautkrebs-selbstuntersuchung)



## 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.

- 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 %-igem UV-A- und UV-B-Schutz reduzieren die Gefahr von Augenschäden. Die Kleidung sollte möglichst langärmelig und dichtgewebt sein und locker sitzen. Alternativ können Sie spezielle UV-Licht-Schutzkleidung tragen.
- Nutzen Sie konsequent Sonnenschutzcreme mit mindestens Lichtschutzfaktor 25! Diese sollte ebenfalls UV-A- und UV-B-Strahlung abhalten.
- Vom Solariumbesuch raten wir dringend ab.

### Für die Zeit in der Sonne gilt:

Tragen Sie 30 Minuten vor der Zeit in der Sonne reichlich wasserfeste Sonnencreme mit mindestens Lichtschutzfaktor 25 auf alle unbedeckten Körperstellen auf. Cremem 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 oder verstärkt die Schutzwirkung nicht, es erhält sie nur.

# Persönliche Angaben

Nachsorgepass ausgestellt für:

Patientenstammdaten (Etikett)

Hausarzt:

.....

Telefon: .....

Im Notfall zu benachrichtigen:

Name: .....

Vorname: .....

Telefon: .....

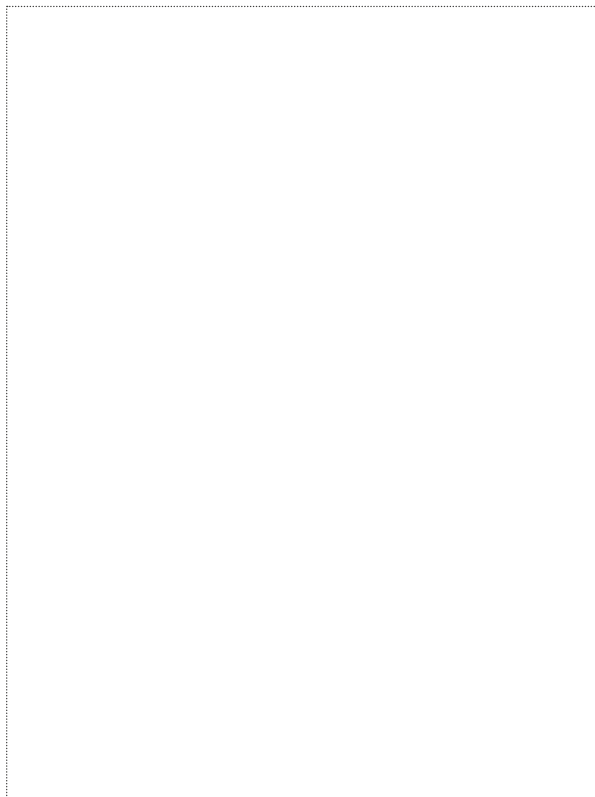
Handy-Nr.: .....

# Angaben zur Erkrankung

Tumortyp: .....

Tumorstadium: .....

Erstdiagnose: .....



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.

# Universitätsmedizin Frankfurt

## Hautkrebszentrum 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@unimedizin-ffm.de](mailto:hautkrebszentrum@unimedizin-ffm.de)

Internet: [www.unimedizin-ffm.de/einrichtungen/kliniken/klinik-fuer-dermatologie-venerologie-und-allergologie/klinische-bereiche/hautkrebszentrum](http://www.unimedizin-ffm.de/einrichtungen/kliniken/klinik-fuer-dermatologie-venerologie-und-allergologie/klinische-bereiche/hautkrebszentrum)



## Universitäres Centrum für Tumorerkrankungen (UCT)

Theodor-Stern-Kai 7

60590 Frankfurt/Main

Informationshotline UCT:

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

E-Mail: [info-uct@unimedizin-ffm.de](mailto:info-uct@unimedizin-ffm.de)

Internet: [www.uct-frankfurt.de](http://www.uct-frankfurt.de)

Foto: ©UCT; 09/2024



**Deutsche Krebshilfe**  
HELFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

Ausgezeichnet als Onkologisches  
Spitzenzentrum durch die  
Stiftung Deutsche Krebshilfe

