

Onkologische Verlaufsdokumentation

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten <div style="text-align: right;">geb. am</div>		
Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status		
Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datum		
Arztstempel		
Dokumentation für den Zeitraum:		
Abschluss der onkologischen Untersuchung und Beratung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	nein
Abschluss der Tumortherapie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	nein
einmal pro Behandlungsfall (Quartal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	nein
rechtfertigende Indikation		
Tumordiagnose mit Stadium: (gemäß ICD-Schlüssel, TNM oder spezieller Klassifizierung)		
Primärtherapie:	Operation:	
	Strahlentherapie: (bitte Lokalisation und Dosis angeben)	
adäquate Aufklärung und Einverständniserklärung des Patienten		
Systemische medikamentöse Therapie: (Hormone, Zytostatika) ggf. Gesamtdosis		
Verlauf, Erfolgsbeurteilung (Remissionen), Komplikationen:		
Folgetherapie:		
Histologie:	Pathologie-Nr.:	
	Herkunft:	
	Datum:	
	ggf. Rezeptorstatus:	
Nebendiagnosen:		

Anamnese: (ggf. auf der Rückseite weeterschreiben)	
Untersuchungsbefunde mit allgemein klinischem wie speziellem onkologischen Status: (incl. Labordiagnostik, bildgebende Verfahren)	
Epikritische Begutachtung unter Berücksichtigung der aktuell erhobenen Befunde:	
Therapievorschlag:	
Nachsorgevorschlag:	
Nachfolgebericht (Zwischenbericht)	
Zwischenanamnese:	
aktueller Status:	
epikritische Begutachtung: (einschließlich Therapie- und Nachsorgevorschlag)	
Angaben hinsichtlich Studienteilnahme:	
Abschlussbericht (bei Tod des Patienten mit Zeitpunkt, Ursache und relevanten Hinweisen, sofern der Patient zum Zeitpunkt des Todes noch in onkologischer Behandlung war)	