

**Nachsorgekalender
Krebs**

Baden-Württemberg

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon-Nr.:* _____

Diagnose (mit Datum):* _____

ICD 10-Schlüssel:* _____

TNM-Klassifikation (postoperativ):* _____

Ersttherapie:* _____

Begleiterkrankungen / Risiken

(bitte bei neuauftretenden Erkrankungen ergänzen)

Erstbehandlung Arzt / Krankenhaus	DMP-Arzt / Koordinierender Arzt

* Diese Angaben sind freiwillig und erfolgen in Absprache mit dem Patienten