

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen.

Im Rahmen eines Qualitätssicherungsprojektes, initiiert vom **Förderverein „Gemeinsam gegen Lungenkrebs e.V.“**, erhielt der Patient diesen „Tumornachsorgepaß“, den er zu allen Nachsorgeterminen mitbringen sollte. Im Rahmen dieses Projektes ist der Patient auch mit der umseitigen Pat-ID-Nummer im „Lungenkrebsegister Rhein-Main“ online erfasst.

Der **Förderverein „Gemeinsam gegen Lungenkrebs e.V.“** ist von Ärzten aus dem Rhein-Main-Gebiet gegründet, die sich mit der Prävention, Früherkennung, Forschung, Diagnose und Therapie des Lungenkrebses befassen und die ein besonderes Interesse an der interdisziplinären Zusammenarbeit und Netzwerkbildung haben.

Falls sie mehr über dieses Projekt und den Förderverein **„Gemeinsam gegen Lungenkrebs e.V.“** erfahren möchten und selbst auch an der weiteren Dokumentation interessiert sind, möchten wir sie herzlichst einladen auf unsere Internet-Seite [www.förderverein-gegen-lungenkrebs.de](http://www.förderverein-gegen-lungenkrebs.de) sich näher zu informieren und registrieren zu lassen.

**Förderverein  
„Gemeinsam gegen Lungenkrebs e.V.“**

**Vorsitz:**

Prof. Dr. med. Annette Fisseler-Eckhoff  
Ludwig-Erhard-Straße 100  
65199 Wiesbaden

**Geschäftsführung:**

Prof. Dr. med. Elke Jäger  
Klinik für Onkologie und Hämatologie  
Krankenhaus Nordwest  
Steinbacher Hohl 2-26  
60488 Frankfurt am Main

**Förderverein „Gemeinsam gegen Lungenkrebs e.V.“**

**Tumornachsorge-Paß**

Bitte bei jedem Arztbesuch mitbringen

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geb.-Datum:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**Ort:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_

**Pat.-ID-Nr.:** \_\_\_\_\_

Stempel-Praxis/Klinik
-----------------------

**OP-Datum:** \_\_\_\_\_

**Art der OP:** \_\_\_\_\_

**Tumorstadium:** \_\_\_\_\_

**Adj. Chemotherapie geplant:** ja  nein

Therapieregime: \_\_\_\_\_

Beginn: \_\_\_\_\_

Ende: \_\_\_\_\_

Bemerkung: \_\_\_\_\_

**Adj. Strahlentherapie geplant:** ja  nein

Beginn: \_\_\_\_\_

Ende: \_\_\_\_\_

Gesamtdosis: \_\_\_\_\_

Nachsorgetermine:

durchg. am Datum/Stempel	Monate nach Therapie	Rezidiv/Metastasierung ja/nein/kontrollbedürftig	nächster Termin
	3		
	6		
	9		
	12-1 Jahr		
	15		
	18		
	24 2 Jahre		
	30		
	36 3 Jahre		
	42		
	48 4 Jahre		
	54		
	60 5 Jahre		