

better care

Nachsorgepass

Persönliche Daten

Name	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefonnummer	
Frauenärztin/-arzt	
Kontakt zu Ihrem lokalen BETTER-CARE-Team	

Wichtige Informationen zu Ihrer Erkrankung

Diagnose					
Erstdiagnose am					
Stadium					
	ER	PR	Her2Neu	Ki67	%
Welche Therapien wurden durchgeführt? <input type="radio"/> Operation (mit Datum): <input type="radio"/> Bestrahlung: <input type="radio"/> (neo-)adjuvante Chemotherapie <input type="radio"/> Zielgerichtete Therapie <input type="radio"/> (Anti-)hormonelle Therapie: <input type="radio"/> Bisphosphonate:					
Familiär bedingter Brustkrebs	<input type="radio"/> mit / <input type="radio"/> ohne Mutationsnachweis: _____ <input type="radio"/> keine genetische Beratung durchgeführt				
Wer ist in der Familie betroffen? (Ersterkrankungsalter u. Angabe mütterlicherseits (ms) oder väterlicherseits (vs))					

Der Nachsorgepass

Dieser Nachsorgepass wird Sie während Ihrer Teilnahme an BETTER-CARE begleiten.

In diesem Pass werden können Sie während der Nachsorgetermine bei Ihrer Frauenärztin/ Ihrem Frauenarzt Untersuchungsergebnisse oder mögliche Änderungen der Behandlung ergänzen.

Im hinteren Teil des Passes können Sie mögliche **Fragen oder im Verlauf neu auftretende Besonderheiten und Probleme** notieren, **um Sie bei Ihrem nächsten Termin anzusprechen**. So wird in den Nachsorgeterminen erkennbar, wie Sie in der Nachsorge optimal unterstützt werden können.

Bitte bewahren Sie diesen Nachsorgepass gut auf und bringen Sie ihn zu jeder Untersuchung bei Ihrer Frauenärztin/ Ihrem Frauenarzt und auch bei den Therapeut/-innen mit.

Dieser Nachsorgepass deckt Ihre ersten 6 Nachsorgeuntersuchungen ab, jedoch sind bei Brustkrebs weitere Nachsorgeuntersuchungen über einen Zeitraum von mindestens 5 Jahren vorgesehen (siehe nächste Seite). Gerne können Sie die Dokumentation Ihrer Termine und Bedürfnisse in dieser Form fortsetzen, indem Sie weitere Seiten oder einen weiteren Pass, z.B. von einer Ärztekammer, beifügen. Sie können sich hierzu an Ihr Brustkrebszentrum wenden.

Über BETTER-CARE

Sie haben die primäre Behandlung des Brustkrebses nun zu großen Teilen abgeschlossen bzw. haben die wichtigsten Therapieschritte hinter sich gebracht. Dies ist ein wichtiger Erfolg, nun geht es darum Sie im Rahmen der Nachsorge bestmöglich zu betreuen und bei Bedarf individuell auf Sie einzugehen. Im Rahmen der BETTER-CARE Studie erhalten Sie neben der üblichen leitliniengerechten Nachsorge ein spezielles Nachsorgeprogramm, welches sich an Ihren individuellen Bedürfnissen orientiert. Hierbei werden Ihnen sowohl digitale Elemente als auch ein Netzwerk verschiedener Spezialisten angeboten.

Empfohlene Nachsorgeintervalle laut Leitlinie

		Nachsorge bzw. „Follow-Up“*		Screening / Follow-Up
Jahre		1 – 3	4 – 5	> 5
Anamnese, klinische Untersuchung, Beratung		Invasiver Tumor: alle 3 Monate In-Situ-Tumor: alle 6 Monate	Alle 6 Monate	Alle 12 Monate
Selbstuntersuchung		Monatlich		
Bildgebende Diagnostik, Laboruntersuchungen		nur bei Symptomatik +/- Befunden +/- Verdacht auf Rezidiv / Metastasen bzw. Monitoring der Nebenwirkungen der Therapie		
Mammographie, ggf. Sonographie	BET**	Beidseits alle 12 Monate		
	Mastektomie	Kontralateral alle 12 Monate		
Echokardiographie		6-12 Monate bzw. 5 Jahre nach Abschluss der Anthrazyklin- oder Trastuzumab-haltigen Therapie (vor allem bei Risikofaktoren)		

* Unter „Follow-Up“ versteht man fortlaufende Untersuchungen bei noch laufender adjuvanter Therapie.

** nach BET (brusterhaltender Therapie) wird die erste Mammographie 1 Jahr nach initialer Mammographie, oder zumindest 6 Monate nach abgeschlossener Radiatio (Bestrahlung) empfohlen.

1. Termin bei Ihrer Frauenärztin/ Ihrem Frauenarzt

Datum: _____

Meine Beschwerden

- ☐ **Lymphödem**
Einlagerung von Lympflüssigkeit mit Verhärtung des Gewebes an Brust oder Arm Seit: ____ / ____ / ____
- ☐ **Wechseljahresbeschwerden**
Schlaflosigkeit, Hitzewallungen, Haarausfall, Beeinträchtigung der Sexualität Seit: ____ / ____ / ____
- ☐ **Muskel- & Gelenkbeschwerden**
Gelenkschmerzen, Muskelschmerzen oder Morgensteifigkeit Seit: ____ / ____ / ____
- ☐ **Psychische Beschwerden**
Depression, Angst, Fatigue Seit: ____ / ____ / ____
- ☐ **Neurotoxizität (Schäden am Nervensystem)**
Schwindel, Muskelzittern, Einschränkungen des Fühlens oder Bewegens, Konzentrations-/ Gedächtnisschwierigkeiten Seit: ____ / ____ / ____
- ☐ **Kardiotoxizität (Schäden am Herzen)**
Hypertonie, Herzinsuffizienz, Herzentzündung, Herzinfarkt oder Herzrhythmusstörungen Seit: ____ / ____ / ____
- ☐ **Verdauungsprobleme**
Verstopfung, Durchfall, Übelkeit / Erbrechen Seit: ____ / ____ / ____
- ☐ **Sonstiges:**

Seit: ____ / ____ / ____
- ☐ **Sonstiges:**

Seit: ____ / ____ / ____

Meine Fragen / Notizen

Dokumentation durch die Frauenärztin/ den Frauenarzt

Untersuchungsdatum: ____ / ____ / ____	
Medikation (ggf. Änderung)	
Besonderheiten	
Palpation	
Ultraschall der Brust	BI-RADS: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6
Mammographie	BI-RADS: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6
Zusatzuntersuchungen	
Weitere Empfehlungen / Kommentare	

2. Termin bei Ihrer Frauenärztin/ Ihrem Frauenarzt

Datum: _____

Meine Beschwerden

- ☐ **Lymphödem**
Einlagerung von Lympheflüssigkeit mit Verhärtung
des Gewebes an Brust oder Arm Seit: ____ / ____ / ____
- ☐ **Wechseljahresbeschwerden**
Schlaflosigkeit, Hitzewallungen, Haarausfall,
Beeinträchtigung der Sexualität Seit: ____ / ____ / ____
- ☐ **Muskel- & Gelenkbeschwerden**
Gelenkschmerzen, Muskelschmerzen oder
Morgensteifigkeit Seit: ____ / ____ / ____
- ☐ **Psychische Beschwerden**
Depression, Angst, Fatigue Seit: ____ / ____ / ____
- ☐ **Neurotoxizität (Schäden am Nervensystem)**
Schwindel, Muskelzittern, Einschränkungen des
Fühlens oder Bewegens, Konzentrations-/
Gedächtnisschwierigkeiten Seit: ____ / ____ / ____
- ☐ **Kardiotoxizität (Schäden am Herzen)**
Hypertonie, Herzinsuffizienz, Herzentzündung,
Herzinfarkt oder Herzrhythmusstörungen Seit: ____ / ____ / ____
- ☐ **Verdauungsprobleme**
Verstopfung, Durchfall, Übelkeit / Erbrechen Seit: ____ / ____ / ____
- ☐ **Sonstiges:**

Seit: ____ / ____ / ____
- ☐ **Sonstiges:**

Seit: ____ / ____ / ____

Meine Fragen / Notizen

Dokumentation durch die Frauenärztin/ den Frauenarzt

Untersuchungsdatum: ____ / ____ / ____	
Medikation (ggf. Änderung)	
Besonderheiten	
Palpation	
Ultraschall der Brust	BI-RADS: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6
Mammographie	BI-RADS: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6
Zusatzuntersuchungen	
Weitere Empfehlungen / Kommentare	

3. Termin bei Ihrer Frauenärztin/ Ihrem Frauenarzt

Datum: _____

Meine Beschwerden

- ☐ **Lymphödem**
Einlagerung von Lympflüssigkeit mit Verhärtung
des Gewebes an Brust oder Arm Seit: ____ / ____ / ____
- ☐ **Wechseljahresbeschwerden**
Schlaflosigkeit, Hitzewallungen, Haarausfall,
Beeinträchtigung der Sexualität Seit: ____ / ____ / ____
- ☐ **Muskel- & Gelenkbeschwerden**
Gelenkschmerzen, Muskelschmerzen oder
Morgensteifigkeit Seit: ____ / ____ / ____
- ☐ **Psychische Beschwerden**
Depression, Angst, Fatigue Seit: ____ / ____ / ____
- ☐ **Neurotoxizität (Schäden am Nervensystem)**
Schwindel, Muskelzittern, Einschränkungen des
Fühlens oder Bewegens, Konzentrations-/
Gedächtnisschwierigkeiten Seit: ____ / ____ / ____
- ☐ **Kardiotoxizität (Schäden am Herzen)**
Hypertonie, Herzinsuffizienz, Herzentzündung,
Herzinfarkt oder Herzrhythmusstörungen Seit: ____ / ____ / ____
- ☐ **Verdauungsprobleme**
Verstopfung, Durchfall, Übelkeit / Erbrechen Seit: ____ / ____ / ____
- ☐ **Sonstiges:**

Seit: ____ / ____ / ____
- ☐ **Sonstiges:**

Seit: ____ / ____ / ____

Meine Fragen / Notizen

Dokumentation durch die Frauenärztin/ den Frauenarzt

Untersuchungsdatum: ____ / ____ / ____	
Medikation (ggf. Änderung)	
Besonderheiten	
Palpation	
Ultraschall der Brust	BI-RADS: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6
Mammographie	BI-RADS: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6
Zusatzuntersuchungen	
Weitere Empfehlungen / Kommentare	

4. Termin bei Ihrer Frauenärztin/ Ihrem Frauenarzt

Datum: _____

Meine Beschwerden

- ☐ **Lymphödem**
Einlagerung von Lympflüssigkeit mit Verhärtung des Gewebes an Brust oder Arm Seit: ____/____/____
- ☐ **Wechseljahresbeschwerden**
Schlaflosigkeit, Hitzewallungen, Haarausfall, Beeinträchtigung der Sexualität Seit: ____/____/____
- ☐ **Muskel- & Gelenkbeschwerden**
Gelenkschmerzen, Muskelschmerzen oder Morgensteifigkeit Seit: ____/____/____
- ☐ **Psychische Beschwerden**
Depression, Angst, Fatigue Seit: ____/____/____
- ☐ **Neurotoxizität (Schäden am Nervensystem)**
Schwindel, Muskelzittern, Einschränkungen des Fühlens oder Bewegens, Konzentrations-/ Gedächtnisschwierigkeiten Seit: ____/____/____
- ☐ **Kardiotoxizität (Schäden am Herzen)**
Hypertonie, Herzinsuffizienz, Herzentzündung, Herzinfarkt oder Herzrhythmusstörungen Seit: ____/____/____
- ☐ **Verdauungsprobleme**
Verstopfung, Durchfall, Übelkeit / Erbrechen Seit: ____/____/____
- ☐ **Sonstiges:**

Seit: ____/____/____
- ☐ **Sonstiges:**

Seit: ____/____/____

Meine Fragen / Notizen

Dokumentation durch die Frauenärztin/ den Frauenarzt

Untersuchungsdatum: ____/____/____	
Medikation (ggf. Änderung)	
Besonderheiten	
Palpation	
Ultraschall der Brust	BI-RADS: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6
Mammographie	BI-RADS: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6
Zusatzuntersuchungen	
Weitere Empfehlungen / Kommentare	

5. Termin bei Ihrer Frauenärztin/ Ihrem Frauenarzt

Datum: _____

Meine Beschwerden

- ☐ **Lymphödem**
Einlagerung von Lympflüssigkeit mit Verhärtung des Gewebes an Brust oder Arm Seit: ____ / ____ / ____
- ☐ **Wechseljahresbeschwerden**
Schlaflosigkeit, Hitzewallungen, Haarausfall, Beeinträchtigung der Sexualität Seit: ____ / ____ / ____
- ☐ **Muskel- & Gelenkbeschwerden**
Gelenkschmerzen, Muskelschmerzen oder Morgensteifigkeit Seit: ____ / ____ / ____
- ☐ **Psychische Beschwerden**
Depression, Angst, Fatigue Seit: ____ / ____ / ____
- ☐ **Neurotoxizität (Schäden am Nervensystem)**
Schwindel, Muskelzittern, Einschränkungen des Fühlens oder Bewegens, Konzentrations-/ Gedächtnisschwierigkeiten Seit: ____ / ____ / ____
- ☐ **Kardiotoxizität (Schäden am Herzen)**
Hypertonie, Herzinsuffizienz, Herzentzündung, Herzinfarkt oder Herzrhythmusstörungen Seit: ____ / ____ / ____
- ☐ **Verdauungsprobleme**
Verstopfung, Durchfall, Übelkeit / Erbrechen Seit: ____ / ____ / ____
- ☐ **Sonstiges:**

Seit: ____ / ____ / ____
- ☐ **Sonstiges:**

Seit: ____ / ____ / ____

Meine Fragen / Notizen

Dokumentation durch die Frauenärztin/ den Frauenarzt

Untersuchungsdatum: ____ / ____ / ____	
Medikation (ggf. Änderung)	
Besonderheiten	
Palpation	
Ultraschall der Brust	BI-RADS: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6
Mammographie	BI-RADS: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6
Zusatzuntersuchungen	
Weitere Empfehlungen / Kommentare	

6. Termin bei Ihrer Frauenärztin/ Ihrem Frauenarzt

Datum: _____

Meine Beschwerden

- ☐ **Lymphödem**
Einlagerung von Lympheflüssigkeit mit Verhärtung des Gewebes an Brust oder Arm Seit: ____/____/____
- ☐ **Wechseljahresbeschwerden**
Schlaflosigkeit, Hitzewallungen, Haarausfall, Beeinträchtigung der Sexualität Seit: ____/____/____
- ☐ **Muskel- & Gelenkbeschwerden**
Gelenkschmerzen, Muskelschmerzen oder Morgensteifigkeit Seit: ____/____/____
- ☐ **Psychische Beschwerden**
Depression, Angst, Fatigue Seit: ____/____/____
- ☐ **Neurotoxizität (Schäden am Nervensystem)**
Schwindel, Muskelzittern, Einschränkungen des Fühlens oder Bewegens, Konzentrations-/ Gedächtnisschwierigkeiten Seit: ____/____/____
- ☐ **Kardiotoxizität (Schäden am Herzen)**
Hypertonie, Herzinsuffizienz, Herzentzündung, Herzinfarkt oder Herzrhythmusstörungen Seit: ____/____/____
- ☐ **Verdauungsprobleme**
Verstopfung, Durchfall, Übelkeit / Erbrechen Seit: ____/____/____
- ☐ **Sonstiges:**

Seit: ____/____/____
- ☐ **Sonstiges:**

Seit: ____/____/____

Meine Fragen / Notizen

Dokumentation durch die Frauenärztin/ den Frauenarzt

Untersuchungsdatum: ____/____/____	
Medikation (ggf. Änderung)	
Besonderheiten	
Palpation	
Ultraschall der Brust	BI-RADS: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6
Mammographie	BI-RADS: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6
Zusatzuntersuchungen	
Weitere Empfehlungen / Kommentare	

Mögliche weitere relevante Termine in Ihrer Brustkrebsnachsorge

Weitere Termine bei anderen Ärztinnen und Ärzten

Datum:	Fachrichtung:
Untersuchungsergebnis / Therapie:	
Wiedervorstellung am:	

Weitere Termine bei anderen Ärztinnen und Ärzten

Datum:	Fachrichtung:
Untersuchungsergebnis / Therapie:	
Wiedervorstellung am:	

Ambulante Physiotherapie

Datum:	Behandlungsziel:
Untersuchungsergebnis / Therapie:	
Wiedervorstellung am:	

Ambulante Psychotherapie

Datum:	Behandlungsziel:
Untersuchungsergebnis / Therapie:	
Wiedervorstellung am:	

Weitere Termine bei anderen Therapeutinnen und Therapeuten

Datum:	Fachrichtung:
Untersuchungsergebnis / Therapie:	
Wiedervorstellung am:	

Meine Medikamente

Bemerkung (z.B. Abbruchgrund)								
Datum Ende								
Datum Beginn								
Einnahmевorschrift								
Dosis								
Wirkstoff und Handelsname								

Studienleitung

Prof. Dr. Achim Wöckel

Direktor der Frauenklinik und Poliklinik
Universitätsklinikum Würzburg
Josef-Schneider-Str. 4
97080 Würzburg

Prof. Dr. Peter U. Heuschmann

Institut für klinische Epidemiologie und Biometrie (IKE-B)
Universität Würzburg
Josef-Schneider-Str. 2
97080 Würzburg

Weitere Informationen finden Sie unter:
www.better-care.health

