



Checkliste postoperativ gyn. Onkologie

Name / Vorname _____

Geburtsdatum _____

- Krebsregister – Einverständniserklärung inklusive Dokumentation

- Sozialdienst / Reha

- Verlängerte Thromboseprophylaxe

- Rezept Austrittsmedikation

- Austrittsgespräch

- Zuweisung Onkologie

- Zuweisung Radio-Onkologie

- Tumornachsorge bei:

- Kopie Austrittsbericht / Operationsbericht an HA? Ja Nein
Name Arzt:

- Infomaterial Krebsliga / Psychoonkologie erwünscht? Ja Nein

- Plastische Chirurgie
 - Nachkontrolltermin:
 - BH erhalten_____
- Folgende Abklärungen noch benötigt:

Legende: ✓ durchgeführt/instruiert/ja/gesehen ∅ nicht benötigt/nein



Checkliste postoperativ gyn. Onkologie

Name / Vorname _____

Geburtsdatum _____

- Krebsregister – Einverständniserklärung inklusive Dokumentation

- Sozialdienst / Reha

- Verlängerte Thromboseprophylaxe

- Rezept Austrittsmedikation

- Austrittsgespräch

- Zuweisung Onkologie

- Zuweisung Radio-Onkologie

- Tumornachsorge bei:

- Kopie Austrittsbericht / Operationsbericht an HA? Ja Nein
Name Arzt:

- Infomaterial Krebsliga / Psychoonkologie erwünscht? Ja Nein

- Plastische Chirurgie
 - Nachkontrolltermin:
 - BH erhalten_____
- Folgende Abklärungen noch benötigt:

Legende: ✓ durchgeführt/instruiert/ja/gesehen ∅ nicht benötigt/nein