



Patientinnen-Name

**xy - KARZINOM**

**HAUSARZT:**

**STADIUM:**

**OPERATION:**

**RADIODTHERAPIE:**

**CHEMOTHERAPIE / HORMONTHERAPIE:**

**ZEITPUNKT DER ERSTDIAGNOSE:**

---

**ZWISCHENANAMNESE / MEDIKAMENTE:**

---

**GEWICHT:**

**BD:**

**NEPHUR:**

**CHEMIE:**

---

**MAMMA:**

**ABDOMEN:**

**EXTREMITÄTEN:**

**GYNÄKOLOGISCHER BEFUND:**

**R:**

**KOLPO:**

**PAP:**

---

**DIAGNOSTISCHE ZUSATZMASSNAHMEN:**

---

**BEURTEILUNG:**

---

**PROCEDERE:**

---

Nächste Kontrollen:

bei Dr.  
Klinik für Gynäkologie

am:

am:

Datum:

Untersuchender Arzt: