

Befunde vor Therapie / für Kontrolltermin

KIM I-ONKO-FM

gültig ab: 30.07.2021

Version: 12

Seite 1 von 1

Diagnose: _____

Datum für Termin 18K: _____

Datum für Kontrolle 6i: _____

○ Für Therapie/Termine an der Tagesklinik 18K

ersuchen wir Sie, die unten bezeichneten Labor- und Untersuchungsbefunde **spätestens drei Tage** vor diesem Termin über Ihr Labor (bzw. über Ihren Hausarzt) durchführen zu lassen und diese an die Tagesklinik zu faxen (**Tagesklinik 18K FAX-Nummer 01/40 400 46870**)

○ Für Ambulanztermine 6i

ersuchen wir Sie die unten bezeichneten Labor- und Untersuchungsbefunde mitzubringen (Rückfragen wochentags zwischen 12:00 Uhr und 15:00 Uhr, **Tel.Nr: 01/40 400 44660 Onkologische Ambulanz**)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Komplettes Blutbild und Differentialblutbild | <input type="checkbox"/> EKG |
| <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsparameter/Elektrolyte (BUN, Krea, Harnsäure, Kalium, Natrium, Chlorid, Kalzium) | <input type="checkbox"/> pro BNP |
| <input type="checkbox"/> Weitere Elektrolyte (Phosphat, Magnesium) | <input type="checkbox"/> Herzecho (mit LVEF in %) |
| <input type="checkbox"/> Leberfunktionsparameter (GOT, GPT, Gamma-GT, Bilirubin gesamt, alkalische Phosphatase, LDH, Cholinesterase Gesamteiweiß, Albumin gesamt) | <input type="checkbox"/> Thorax-Röntgen |
| <input type="checkbox"/> CRP | <input type="checkbox"/> Sonographie-
_____ |
| <input type="checkbox"/> Eisenstatus (Fe, Ferritin, Transferrin, Transferrin-sättigung) | <input type="checkbox"/> CT-Abdomen |
| <input type="checkbox"/> Vitamin B12, Folsäure | <input type="checkbox"/> CT-Thorax |
| <input type="checkbox"/> Vitamin D Status (1,25 Dihydroxy-colecalciferol, 25-Hydroxycolecalciferol) | <input type="checkbox"/> CT-Gesichtsschädel, Hals |
| <input type="checkbox"/> Kompletter Harnbefund + Sediment | <input type="checkbox"/> CT-Schädel |
| <input type="checkbox"/> Blutfette (Cholesterin, HDL/LDL, Triglyzeride) | <input type="checkbox"/> CT-_____ |
| <input type="checkbox"/> Gerinnungsparameter (aPTT, PTZ, NT, TZ, Fibrinogen) | <input type="checkbox"/> Mammographie (+ Sonographie) |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenparameter (fT3, fT4, TSH) | <input type="checkbox"/> PET-CT |
| <input type="checkbox"/> Sexualhormone (FSH, LH, E2, Progesteron, Prolactin) | <input type="checkbox"/> Knochendichte |
| <input type="checkbox"/> Tumormarker | <input type="checkbox"/> Knochenszintigraphie |
| <input type="checkbox"/> CEA | <input type="checkbox"/> MR-Schädel |
| <input type="checkbox"/> CA 19-9 | <input type="checkbox"/> MRT-_____ |
| <input type="checkbox"/> CA 15-3 | <input type="checkbox"/> Lungenfunktion |
| <input type="checkbox"/> PSA | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Beta-2-Mikroglobulin | <input type="checkbox"/> HNO |
| <input type="checkbox"/> NSE | <input type="checkbox"/> Gastroskopie |
| <input type="checkbox"/> SCC | <input type="checkbox"/> Colonoskopie |
| <input type="checkbox"/> CA 125 | <input type="checkbox"/> Gynäkologische Untersuchung mit Vaginal-Sonographie |
| <input type="checkbox"/> AFP | <input type="checkbox"/> Urologische Untersuchung |
| <input type="checkbox"/> Beta-HCG | |

Datum: _____

Unterschrift: _____