

**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-<br>_____                               |
| <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: \_\_\_\_\_