

# Nachsorge- pass

Für Patient:innen nach vollständiger  
oder teilweiser Entfernung der Niere  
zur Behandlung von Nierenkrebs

**#GEMEINSAM  
ANTWORTEN  
FINDEN**

## Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie haben diesen Nachsorgepass von Ihrer behandelnden Ärztin oder Ihrem behandelnden Arzt erhalten, weil Sie an Nierenkrebs erkrankt sind und bei Ihnen eine Niere teilweise oder vollständig entfernt wurde.

An die Therapie Ihrer Krebserkrankung schließt sich die Nachsorge an. Diese hat unter anderem zum Ziel, ein Wiederauftreten des Tumors (Rezidiv) in derselben oder in der anderen Niere rechtzeitig zu erkennen, frühzeitig Störungen der Nierenfunktion oder mögliche Tochtergeschwülste in anderen Organen festzustellen und zu behandeln. Dauer und Inhalt der Nachsorgeuntersuchungen richten sich unter anderem nach dem Risiko für ein Rezidiv. Bei einem geringen Risiko empfehlen Expert:innen eine Nachsorge über fünf Jahre, bei einem mittleren und hohen Risiko über neun Jahre.

Mit diesem Nachsorgepass möchten wir Sie dabei unterstützen, einen Überblick über Ihre Nachsorgeuntersuchungen und die Ergebnisse zu behalten. Sollte bei Ihnen im Anschluss an die Operation außerdem eine sogenannte adjuvante Immuntherapie durchgeführt werden, können Sie die Termine ebenfalls in diesem Pass eintragen.

Nehmen Sie den Nachsorgepass am besten zu jedem Termin bei Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt mit. Vergessen Sie ihn auch nicht auf Reisen. So kann sich bei auftretenden Beschwerden die Ärztin oder der Arzt vor Ort einen Überblick über Ihre Erkrankung verschaffen. Grundsätzlich kann es auch sinnvoll sein, wenn Sie sich von Ihren Ärzt:innen alle Befunde mitgeben lassen und einen Ordner mit sämtlichen Arztbriefen und Untersuchungsergebnissen anlegen, um jederzeit alle wichtigen Unterlagen an einem Ort zu haben.

Wir wünschen Ihnen alles Gute.

### Herausgeber

MSD Sharp & Dohme GmbH  
Levelingstr. 4a  
81673 München

[www.msd-gesundheit.de](http://www.msd-gesundheit.de) © MSD Sharp & Dohme GmbH, 2022.

## Meine persönlichen Daten

Name   Vorname
Geburtsdatum
Straße
PLZ   Ort
Telefon
E-Mail

### Kontaktperson für den Notfall

Name   Vorname
Geburtsdatum
Straße
PLZ   Ort
Telefon
E-Mail



## Inhalt |

Meine persönlichen Daten .....	3
Meine Ärzt:innen .....	6
Meine Erkrankung .....	8
Meine weiteren Erkrankungen .....	10
Meine Allergien .....	11
Operation .....	12
Adjuvante Immuntherapie .....	15
Weitere Therapien .....	17
Nachsorgeuntersuchung .....	18

# Meine Ärzt:innen |

**Tragen Sie hier die Adressen der Ärzt:innen ein, die an Ihrer Behandlung und Nachsorge beteiligt sind.**

Name | Stempel

Name | Stempel

Name | Stempel

Name | Stempel

Name | Stempel

Name | Stempel

# Meine Erkrankung |

Diese Angaben finden Sie meist im Arztbrief oder histologischen Befund. Wenn Sie sich unsicher sind, bitten Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt, Sie beim Ausfüllen zu unterstützen.

Datum der Erstdiagnose

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Befund

Histologie

WHO-ISUP-Grading

TNM

UICC-Stadium

Sonstiges

Weitere Informationen zu Nierenkrebs und der Bedeutung Ihres Befundes erhalten Sie in der Patientenbroschüre. Fragen Sie Ihre Ärztin/ Ihren Arzt danach.







# Operation |

Datum | | | | | | | |

## Operation


Datum | Stempel der Einrichtung

# Adjuvante Immuntherapie (Checkpoint-Inhibitor) |

Unter einer Immuntherapie können jederzeit immunvermittelte Nebenwirkungen auftreten. Sollten Sie Beschwerden bemerken, setzen Sie sich umgehend mit Ihrer behandelnden Ärztin oder Ihrem behandelnden Arzt in Verbindung. Eine Auflistung aller Nebenwirkungen finden Sie in der Packungsbeilage Ihres Medikaments.

Medikament		Dosierung
Infusionstermine		

Datum | Stempel der Einrichtung | der Ärztin/des Arztes



# Adjuvante Immuntherapie

## (Checkpoint-Inhibitor)

Unter einer Immuntherapie können jederzeit immunvermittelte Nebenwirkungen auftreten. Sollten Sie Beschwerden bemerken, setzen Sie sich umgehend mit Ihrer behandelnden Ärztin oder Ihrem behandelnden Arzt in Verbindung. Eine Auflistung aller Nebenwirkungen finden Sie in der Packungsbeilage Ihres Medikaments.

Medikament	Dosierung
<b>Infusionstermine</b>	
Datum   Stempel der Einrichtung   der Ärztin/des Arztes	

# Weitere Therapien

Therapie	Datum
	.   .   . . .
	.   .   . . .
	.   .   . . .
<b>Bemerkungen</b>	
Datum   Stempel der Einrichtung   der Ärztin/des Arztes	





# Nachsorgeuntersuchung |

<b>Nach 2 Jahren</b>																					
<b>Datum</b>																					
<b>Untersuchung(en)</b>																					
<b>Meine Notizen/Fragen</b>																					
<b>Nächste Nachsorgeuntersuchung am</b>																					

# Nachsorgeuntersuchung |

<b>Nach 3 Jahren</b>																					
<b>Datum</b>																					
<b>Untersuchung(en)</b>																					
<b>Meine Notizen/Fragen</b>																					
<b>Nächste Nachsorgeuntersuchung am</b>																					





---

# **MSD** Infocenter

---

Tel. 0800 673 58 38

Fax 0800 673 673 329

E-Mail [infocenter@msd.de](mailto:infocenter@msd.de)

