

### (30-Tage-) Follow-up

Patientendaten

#### Zentrumspatient

- Brustkrebszentrum**  
(Fax: 0340 / 501 4350; E-Mail: [brustkrebszentrum@klinikum-dessau.de](mailto:brustkrebszentrum@klinikum-dessau.de) ; Tel.: 0340 / 501 4310)
- Darmkrebszentrum**  
(Fax:0340 / 501 1231; E-Mail: [darmkrebszentrum@klinikum-dessau.de](mailto:darmkrebszentrum@klinikum-dessau.de) ; Tel.: 0340 / 501 1236)
- Hautkrebszentrum**  
(Fax: 0340 / 501 4065; E-Mail: [hautkrebszentrum@klinikum-dessau.de](mailto:hautkrebszentrum@klinikum-dessau.de); Tel.: 0340 / 501 4059)
- Prostatakarzinomzentrum / Niere**  
(Fax: 0340 / 501 4350; E-Mail: [uroonkologisches-zentrum@klinikum-dessau.de](mailto:uroonkologisches-zentrum@klinikum-dessau.de) ;  
Tel.: 0340 / 501 3800)
- Gynäkologisches Krebszentrum**  
(Fax: 0340 / 501 4350; E-Mail: [gyn-krebszentrum@klinikum-dessau.de](mailto:gyn-krebszentrum@klinikum-dessau.de) ; Tel.: 0340 / 501 4310)
- Zentrum für Hämatologische Neoplasien**  
(Fax: 0340 / 501 1210; E-Mail: [haematoonkologisches-zentrum@klinikum-dessau.de](mailto:haematoonkologisches-zentrum@klinikum-dessau.de) ;  
Tel.: 0340 / 501 1275)
- Lungenkrebszentrum**  
(Fax: 0340 / 501 1231; E-Mail: [lungenkrebszentrum@klinikum-dessau.de](mailto:lungenkrebszentrum@klinikum-dessau.de) ; Tel.: 0340 / 501 1236)
- Stationär von ..... bis .....
- Ambulante Behandlung im Zentrum am: .....

#### Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege

im Rahmen qualitätssichernder Maßnahmen soll ein Follow-up der von uns versorgten Tumorpatienten erfolgen. Insbesondere interessiert uns der Verlauf in den ersten 30 Tagen nach der Entlassung aus unserer Behandlung, gerne dürfen Sie uns auch darüber hinaus eine Rückmeldung geben. Wir bitten Sie herzlich um Zusendung des ausgefüllten Bogens an oben-stehende Faxnummer bzw. E-Mail-Adresse. Bestehen Ihrerseits allgemeine oder fallbezogene Fragen, melden Sie sich bitte im Sekretariat des jeweiligen Zentrums (Tel. siehe oben).

#### Komplikationen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung/ Behandlung

- Keine poststationären/ postinterventionellen Komplikationen
- Wundinfektion
- sonstige Infektion bitte benennen .....
- Wundheilungsstörung
- Blutung
- Störung der Nahrungszufuhr und zwar .....
- Störung der Ausscheidungen und zwar .....
- Psychische Alteration und zwar .....
- unerwarteter Tod .....
- Andere und zwar .....
- Patient war nicht mehr bei mir vorstellig

#### Therapie der Komplikationen

- Ambulant, und zwar .....
- Stationäre Einweisung/ Wiederaufnahme am .....

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel