

## Checkliste postoperativ gyn. Onkologie

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	Krebsregister – Einverständniserklärung inklusive Dokumentation
<input type="checkbox"/>	Sozialdienst / Reha
<input type="checkbox"/>	Verlängerte Thromboseprophylaxe
<input type="checkbox"/>	Rezept Austrittsmedikation
<input type="checkbox"/>	Austrittsgespräch
<input type="checkbox"/>	Zuweisung Onkologie
<input type="checkbox"/>	Zuweisung Radio-Onkologie
<input type="checkbox"/>	Tumornachsorge bei:
<input type="checkbox"/>	Kopie Austrittsbericht / Operationsbericht an HA? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Name Arzt:
<input type="checkbox"/>	Infomaterial Krebsliga / Psychoonkologie erwünscht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/>	Plastische Chirurgie
	<input type="checkbox"/> Nachkontrolltermin: <input type="checkbox"/> BH erhalten
	Folgende Abklärungen noch benötigt:

√ durchgeführt/instruiert/ja/gesehen      ø nicht benötigt/nein