



303275 07/2009



***Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,***

dieser Patientenpass soll Ihnen dabei behilflich sein, praktische Informationen über Ihr Krankheitsbild und die wichtigsten Daten zu Ihrer Behandlung auf einen Blick zu erfassen.

Tragen Sie diesen Patientenpass bitte immer bei sich und legen ihn bei jedem Arztbesuch (bei jedem Arztbesuch und auch Zahnarztbesuch) unaufgefordert vor. Achten Sie bitte darauf, dass alle Eintragungen korrekt sind und dem aktuellen Stand entsprechen.

Halten Sie bitte vereinbarte Termine ein und informieren Sie Ihren Arzt rechtzeitig, wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können.

Mit freundlichen Grüßen  
Novartis Oncology

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**In Notfällen kontaktieren Sie bitte:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

**Mein Hausarzt heißt:**

\_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_



**Mein behandelnder Arzt heißt:**

\_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Mein behandelnder Zahnarzt heißt:**

\_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Ich habe mit meinem Zahnarzt über meine  
Bisphosphonat-Therapie gesprochen:**

Ja  Nein



**Welche Tumorerkrankung habe ich?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Seit wann weiß ich, dass ich die Krankheit habe?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Diese Medikamente bekomme ich für die Therapie  
meiner Tumorerkrankung**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**DIAGNOSEN UND  
UNTERSUCHUNGEN**

**Welche Therapie bekomme ich zurzeit?**

- Chemotherapie
- Hormontherapie
- Bisphosphonat-Therapie

**Welche anderen Medikamente erhalte ich derzeit?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



**THERAPIE UND  
UNTERSUCHUNGEN**

Hier und auf den folgenden Seiten können Sie alle weiteren Informationen zu Therapie und Untersuchungen dokumentieren (z.B. spezielle Werte wie PSA, Röntgenbefunde, Laborergebnisse etc.)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**1. UNTERSUCHUNG  
ZAHNARZT**



(Vor Beginn der Bisphosphonat-Therapie)

Datum \_\_\_\_\_

o. B.

Befunde \_\_\_\_\_

**Wenn ja, welche Maßnahmen?**

Sanierungsmaßnahmen \_\_\_\_\_

Antibiotikum

Aufklärung über Kieferosteonekrosen

Aufklärung über Mund-/Zahnhygienemaßnahmen

Bemerkungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Untersuchender Arzt**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**1. BISPHOSPHONAT-  
THERAPIE**

Datum \_\_\_\_\_

Präparat \_\_\_\_\_

Dosis \_\_\_\_\_

Aufklärung über Wirkung  
und mögliche Nebenwirkungen

Bemerkungen/Untersuchungswerte  
(z. B. Tumormarker, Nierenparameter)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Untersuchender Arzt**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**2. BISPHOSPHONAT-  
THERAPIE**

Datum \_\_\_\_\_

Präparat \_\_\_\_\_

Dosis \_\_\_\_\_

Bemerkungen/Untersuchungswerte  
(z. B. Tumormarker, Nierenparameter)

---

---

---

---

---

---

---

---

**Untersuchender Arzt**

---

---

---



**3. BISPHOSPHONAT-  
THERAPIE**

Datum \_\_\_\_\_

Präparat \_\_\_\_\_

Dosis \_\_\_\_\_

Bemerkungen/Untersuchungswerte  
(z. B. Tumormarker, Nierenparameter)

---

---

---

---

---

---

---

---

**Untersuchender Arzt**

---

---

---

#### 4. BISPHOSPHONAT-THERAPIE

Datum \_\_\_\_\_

Präparat \_\_\_\_\_

Dosis \_\_\_\_\_

Bemerkungen/Untersuchungswerte  
(z. B. Tumormarker, Nierenparameter)

---

---

---

---

---

---

---

---

**Untersuchender Arzt**

---

---

---

#### 5. BISPHOSPHONAT-THERAPIE

Datum \_\_\_\_\_

Präparat \_\_\_\_\_

Dosis \_\_\_\_\_

Bemerkungen/Untersuchungswerte  
(z. B. Tumormarker, Nierenparameter)

---

---

---

---

---

---

---

---

**Untersuchender Arzt**

---

---

---

## 6. BISPHOSPHONAT-THERAPIE

Datum \_\_\_\_\_

Präparat \_\_\_\_\_

Dosis \_\_\_\_\_

Bemerkungen/Untersuchungswerte  
(z. B. Tumormarker, Nierenparameter)

---

---

---

---

---

---

---

---

Untersuchender Arzt

---

---

---

## 2. UNTERSUCHUNG ZAHNARZT



Datum \_\_\_\_\_

o. B.

Befunde \_\_\_\_\_

**Wenn ja, welche Maßnahmen?**

Sanierungsmaßnahmen \_\_\_\_\_

Antibiotikum

Aufklärung über Kieferosteonekrosen

Aufklärung über Mund-/Zahnhygienemaßnahmen

Bemerkungen \_\_\_\_\_

---

---

Untersuchender Arzt

---

---

---



**7. BISPHOSPHONAT-  
THERAPIE**

Datum \_\_\_\_\_

Präparat \_\_\_\_\_

Dosis \_\_\_\_\_

Bemerkungen/Untersuchungswerte  
(z. B. Tumormarker, Nierenparameter)

---

---

---

---

---

---

---

---

**Untersuchender Arzt**

---

---

---



**8. BISPHOSPHONAT-  
THERAPIE**

Datum \_\_\_\_\_

Präparat \_\_\_\_\_

Dosis \_\_\_\_\_

Bemerkungen/Untersuchungswerte  
(z. B. Tumormarker, Nierenparameter)

---

---

---

---

---

---

---

---

**Untersuchender Arzt**

---

---

---



**9. BISPHOSPHONAT-  
THERAPIE**

Datum \_\_\_\_\_

Präparat \_\_\_\_\_

Dosis \_\_\_\_\_

Bemerkungen/Untersuchungswerte  
(z. B. Tumormarker, Nierenparameter)

---

---

---

---

---

---

---

---

**Untersuchender Arzt**

---

---

---



**10. BISPHOSPHONAT-  
THERAPIE**

Datum \_\_\_\_\_

Präparat \_\_\_\_\_

Dosis \_\_\_\_\_

Bemerkungen/Untersuchungswerte  
(z. B. Tumormarker, Nierenparameter)

---

---

---

---

---

---

---

---

**Untersuchender Arzt**

---

---

---



**11. BISPHOSPHONAT-  
THERAPIE**

Datum \_\_\_\_\_

Präparat \_\_\_\_\_

Dosis \_\_\_\_\_

Bemerkungen/Untersuchungswerte  
(z. B. Tumormarker, Nierenparameter)

---

---

---

---

---

---

---

---

**Untersuchender Arzt**

---

---

---



**12. BISPHOSPHONAT-  
THERAPIE**

Datum \_\_\_\_\_

Präparat \_\_\_\_\_

Dosis \_\_\_\_\_

Bemerkungen/Untersuchungswerte  
(z. B. Tumormarker, Nierenparameter)

---

---

---

---

---

---

---

---

**Untersuchender Arzt**

---

---

---

