



Datum \_\_\_\_\_

Mein Arzt/Meine Ärztin \_\_\_\_\_

Meine Ersterkrankung war \_\_\_\_\_

## 1. Die Untersuchung

Wohin hat der Krebs gestreut?

\_\_\_\_\_

Was bedeutet die Diagnose für mich?

\_\_\_\_\_

Welche weiteren diagnostischen Untersuchungen stehen eventuell an?

\_\_\_\_\_

Welche Symptome können noch auftreten?

\_\_\_\_\_

Sind weitere Untersuchungen nötig?

Ja Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Nein

Wie werden diese Untersuchungen durchgeführt?

\_\_\_\_\_

Verursachen die Untersuchungen Begleitscheinungen, z.B. Schmerzen?

Ja, ggf. verursachen sie \_\_\_\_\_

Nein

Wie bereite ich mich auf die Untersuchungen vor? (z.B. Wie viel Zeit sollte ich einplanen? Muss ich nüchtern sein? Muss ich Medikamente absetzen, die ich regelmäßig einnehme?)

\_\_\_\_\_



Warum werden auch die Metastasen untersucht, obwohl der Ursprungstumor bereits untersucht wurde?

---

Mithilfe welcher Verfahren haben die Ärzt\*innen die Diagnose gestellt und die Eigenschaften des Tumors bestimmt?

---

Der bei mir entdeckte metastasierende Brustkrebs hat diese Eigenschaften:

- Hormonrezeptor-positive (oder: HR-positive), HER2-positive Metastasen
- Hormonrezeptor-positive, HER2-negative Metastasen
- Hormonrezeptor-negative (oder: HR-negative), HER2-positive Metastasen
- Hormonrezeptor-negative, HER2-negative Metastasen (oder auch dreifach-negative bzw. triple-negative Metastasen, kurz: TNBC)

Was bedeuten diese Begriffe und welche Rolle spielt die Variante des Tumors?

---

Sind weiterführende tumorbasierte Tests notwendig?

- Ja, und zwar \_\_\_\_\_
- Nein

Ist ein Gentest bei mir oder meinen Angehörigen sinnvoll?

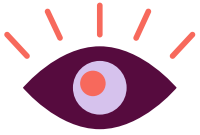
- Ja, weil \_\_\_\_\_
- Nein, weil \_\_\_\_\_

Ist diese Testung für meine Therapie relevant?

- Ja, weil \_\_\_\_\_
- Nein, weil \_\_\_\_\_

Falls ich eine zweite Meinung einholen möchte, weiß ich, an wen ich mich dafür wenden kann:

---



## 2. Unterstützung für mich und meine Familie

Wann habe ich eventuell Anspruch auf psychoonkologische Betreuung?

---

Habe ich eventuell Anspruch auf eine palliative Versorgung, d.h. Anspruch auf eine Behandlung auf einer Palliativstation, im Hospiz oder durch ambulante Palliativteams (z.B. SAPV)?

Ja

Nein

Sollte ich meinen Arbeitgeber sowie weitere Stellen informieren (z.B. Krankenkasse, Rentenversicherer)?

Ja, und zwar

Nein

Bekomme ich einen Schwerbehindertenausweis bzw. ändert sich mein Grad der Behinderung?

Ja

Nein

Gibt es für diese Informationen Vordrucke oder Standardschreiben, die ich verwenden kann?

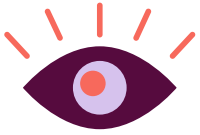
---

Wo finde ich weitere Informationen, die verlässlich und gut verständlich sind?

---

Diese Anlaufstellen für Patient\*innen gibt es in meiner Nähe oder online:

---



## Wie es jetzt weitergeht

Diese Untersuchungen und Überweisungen stehen nun an:

_____	am _____
_____	am _____
_____	am _____
_____	am _____

Neben meinem Arzt, meiner Ärztin werde ich auch durch Spezialist\*innen folgender Fachrichtungen betreut:

- Radiologie
- Pathologie
- Onko-Nurse
- Psychoonkologie
- Internistische oder gynäkologische Onkologie
- Neurologie
- Weitere Fachrichtungen:

<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____

Weitere Notizen

\_\_\_\_\_