Bitte aufklappen für eine Übersicht der wichtigsten Nebenwirkungen.

Merck Healthcare Germany GmbH
Waldstraße 3, 64331 Weiterstadt
Tel.: +49 (0) 6151-62850
E-Mail: healthcare.germany@merckgroup.com

Alle Rechte vorbehalten. Juni 2024

06/2024 DE-AVE-00553 OBAV11055

Meine Therapie mit Bavencio® (Avelumab)

Wegweiser und Tagebuch beim metastasierten Merkelzellkarzinom

Inhalt

Teil 1: Allgemeine Informationen zu Bavencio®

- **Wichtige Angaben** 4
- **Adressen Ihrer Ärzte** 5
- **Termine** 6
- **So wirkt Bavencio®** 8
  - Bavencio® ist ein immunonkologisches Medikament 8
- **Behandlung mit Bavencio®** 10
  - Wie wird Bavencio® angewendet? 10
  - Wie lange wird Bavencio® angewendet? 11
  - Welche Kontrolluntersuchungen sind nötig? 11
  - Können Sie weitere Medikamente einnehmen? 11
  - Tipps für den Infusionstag 13
  - Was Sie sonst noch einpacken können 13
- **Nebenwirkungen: Worauf Sie achten müssen** 14
  - Kann es durch Bavencio® zu Nebenwirkungen kommen? 14
  - Können Nebenwirkungen behandelt werden? 14
  - Immunvermittelte Nebenwirkungen 15
  - Mögliche Nebenwirkungen während der Behandlung 16

Teil 2: Ihr Tagebuch

- **Ihr Tagebuch: Basis für eine sichere Behandlung** 20
- **Anzeichen von Nebenwirkungen** 22
- **So füllen Sie Ihr Tagebuch aus** 24
- **Dokumentieren Sie Ihre Nebenwirkungen** 25
- **Kalender zur täglichen Dokumentation Ihrer Therapie** 26
- **Therapieüberblick** 54
- **Kontrolle** 62

Notizen 66

Wichtige Unterlagen 70

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihr Arzt hat Ihnen das immunonkologische Medikament Bavencio® verschrieben.

Doch was bedeutet „immunonkologisch“, was bewirkt Bavencio® und wie wird es angewendet? Zu welchen Nebenwirkungen kann es kommen und worauf müssen Sie bei der Behandlung mit Bavencio® achten?

Mit dieser Broschüre möchten wir Sie bei der Behandlung mit Bavencio® begleiten und Sie über Ihre Therapie informieren. Im hinteren Teil der Broschüre finden Sie ein Tagebuch, das Ihnen hilft, Nebenwirkungen rechtzeitig zu erkennen und zu dokumentieren.

Bitte füllen Sie das Tagebuch regelmäßig aus und bringen Sie es zu jedem Arzttermin mit.

Wir wünschen Ihnen für die Zukunft viel Kraft und alles Gute!

Sie haben Fragen zum Leben mit Merkelzellkrebs?
Wir sind für Sie da!

0800 – 7243622
(Mo – Fr 8 bis 20 Uhr)
info@merck-servicecenter.de

www.merkellzell.de

Wichtige Angaben

Ihr Name

Datum des Behandlungsbeginns

Behandelnder Arzt/Behandelnde Klinik:

Name Klinik

Behandelnder Arzt

Zuständige Pflegekraft

Telefon im Notfall*

E-Mail-Adresse

* Erreichbar außerhalb der Geschäftszeiten.

Praxisstempel

Ihr Therapieintervall: Infusion alle Wochen

Allgemeine Informationen zu Bavencio®

Adressen Ihrer Ärzte

Hausarzt:

Name, Vorname

Praxisstempel

Facharzt (z. B. Onkologe, Dermatologe):

Name, Vorname

Praxisstempel

Weiterer behandelnder Arzt:

Name, Vorname

Praxisstempel

Weiterer behandelnder Arzt:

Name, Vorname

Praxisstempel

Allgemeine Informationen zu Bavencio®

Termine

Datum	Uhrzeit	Zutreffendes ankreuzen	
		◯ Kontrolltermin	◯ Infusionstermin*
		◯ Kontrolltermin	◯ Infusionstermin*
		◯ Kontrolltermin	◯ Infusionstermin*
		◯ Kontrolltermin	◯ Infusionstermin*
		◯ Kontrolltermin	◯ Infusionstermin*
		◯ Kontrolltermin	◯ Infusionstermin*
		◯ Kontrolltermin	◯ Infusionstermin*
		◯ Kontrolltermin	◯ Infusionstermin*
		◯ Kontrolltermin	◯ Infusionstermin*
		◯ Kontrolltermin	◯ Infusionstermin*
		◯ Kontrolltermin	◯ Infusionstermin*
		◯ Kontrolltermin	◯ Infusionstermin*
		◯ Kontrolltermin	◯ Infusionstermin*
		◯ Kontrolltermin	◯ Infusionstermin*
		◯ Kontrolltermin	◯ Infusionstermin*
		◯ Kontrolltermin	◯ Infusionstermin*

Datum	Uhrzeit	Zutreffendes ankreuzen	
		◯ Kontrolltermin	◯ Infusionstermin*
		◯ Kontrolltermin	◯ Infusionstermin*
		◯ Kontrolltermin	◯ Infusionstermin*
		◯ Kontrolltermin	◯ Infusionstermin*
		◯ Kontrolltermin	◯ Infusionstermin*
		◯ Kontrolltermin	◯ Infusionstermin*
		◯ Kontrolltermin	◯ Infusionstermin*
		◯ Kontrolltermin	◯ Infusionstermin*
		◯ Kontrolltermin	◯ Infusionstermin*
		◯ Kontrolltermin	◯ Infusionstermin*
		◯ Kontrolltermin	◯ Infusionstermin*
		◯ Kontrolltermin	◯ Infusionstermin*
		◯ Kontrolltermin	◯ Infusionstermin*
		◯ Kontrolltermin	◯ Infusionstermin*
		◯ Kontrolltermin	◯ Infusionstermin*

* Die genaue Dauer des Termins erfahren Sie von Ihrem Arzt.

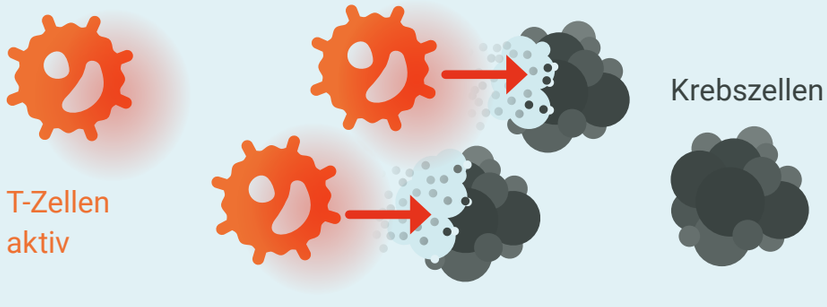
Tipps für Ihren Infusionstag finden Sie auf Seite 13.

Allgemeine Informationen zu Bavencio®

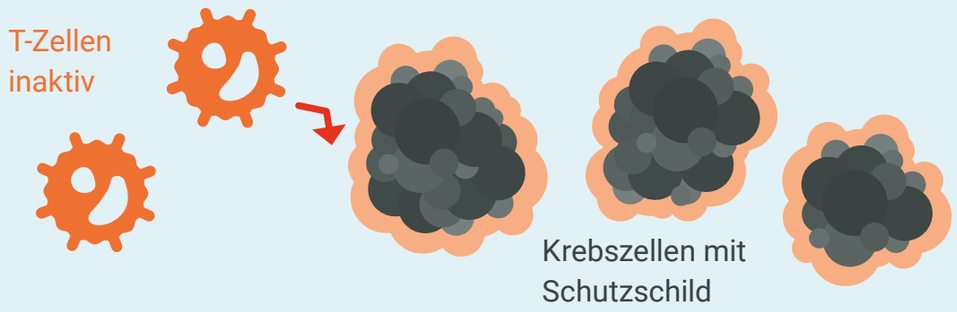
So wirkt Bavencio®

Bavencio® ist ein immunonkologisches Medikament

Im Gegensatz zu herkömmlichen Behandlungsformen richtet sich die immunonkologische Therapie nicht direkt gegen die Krebszellen, sondern nutzt die natürliche Fähigkeit des körpereigenen Immunsystems zur Krebsbekämpfung.



Die Zellen unseres Immunsystems (T-Zellen) erkennen und bekämpfen neben Krankheitserregern wie Viren oder Bakterien auch Krebszellen. Diese tragen auf ihrer Oberfläche bestimmte Merkmale, die von den Zellen des Immunsystems erkannt werden, eine Immunreaktion auslösen und die Krebszellen zerstören.



Krebszellen können dem Angriff durch das Immunsystem jedoch entkommen, indem sie Stoppsignale aussenden und damit die Immunzellen abschalten. Immunonkologische Therapien verhindern, dass diese Stoppsignale die Immunzellen erreichen.

Der Wirkstoff in Bavencio® ist Avelumab, ein Antikörper. Dieser Antikörper bindet ein bestimmtes Stoppsignal und kann so verhindern, dass es die Immunzellen erreicht. So können die Immunzellen wieder aktiviert werden und die Krebszellen bekämpfen. **Der Schutzschild der Krebszellen kann somit durchbrochen werden.**

Behandlung mit Bavencio®

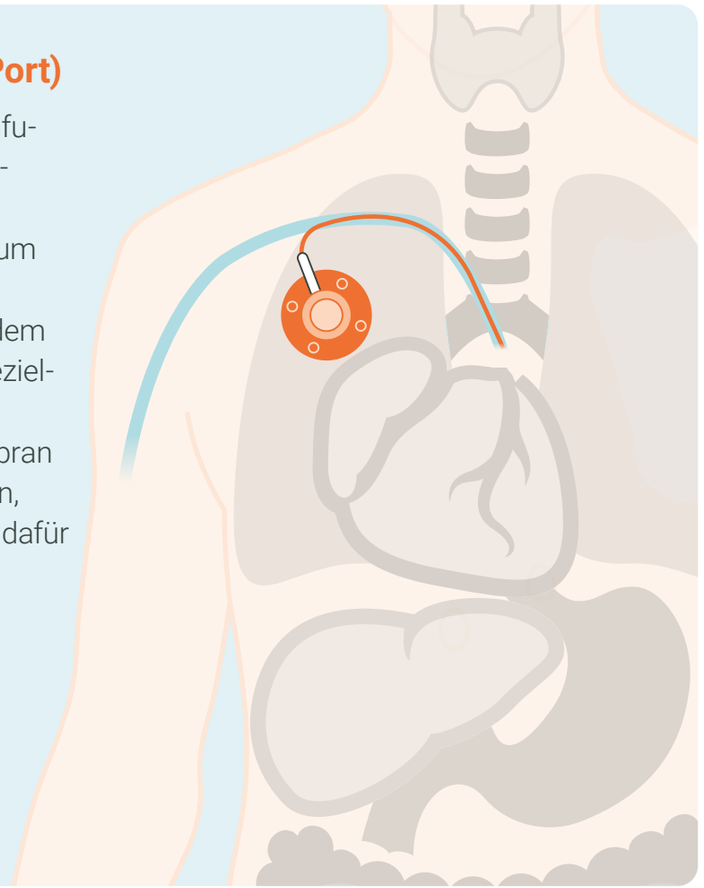
Wie wird Bavencio® angewendet?

Sie erhalten Bavencio® regelmäßig alle zwei Wochen als Infusion über die Vene. Die Verabreichung erfolgt langsam innerhalb von 60 Minuten. Um mögliche Nebenwirkungen der Infusion, wie Fieber oder allergische Reaktionen, zu verhindern, erhalten Sie vor den ersten vier Infusionen zusätzlich Paracetamol und ein Antihistaminikum (als Tablette).

An welchen Tagen Sie Ihre Infusionen erhalten, können Sie dem Terminplan auf Seite 6 dieser Broschüre entnehmen.

Dauerhafter Zugang (Port)

Um die Verabreichung der Infusionen leichter und schmerzfreier zu gestalten, kann ein dauerhafter Zugang (Port) zum Blutkreislauf unter Ihre Haut gelegt werden (meist unter dem Schlüsselbein). Mit einer speziellen Kanüle kann die Infusion direkt durch die Silikonmembran des Ports verabreicht werden, ohne dass immer eine Vene dafür angestochen werden muss.



Wie lange wird Bavencio® angewendet?

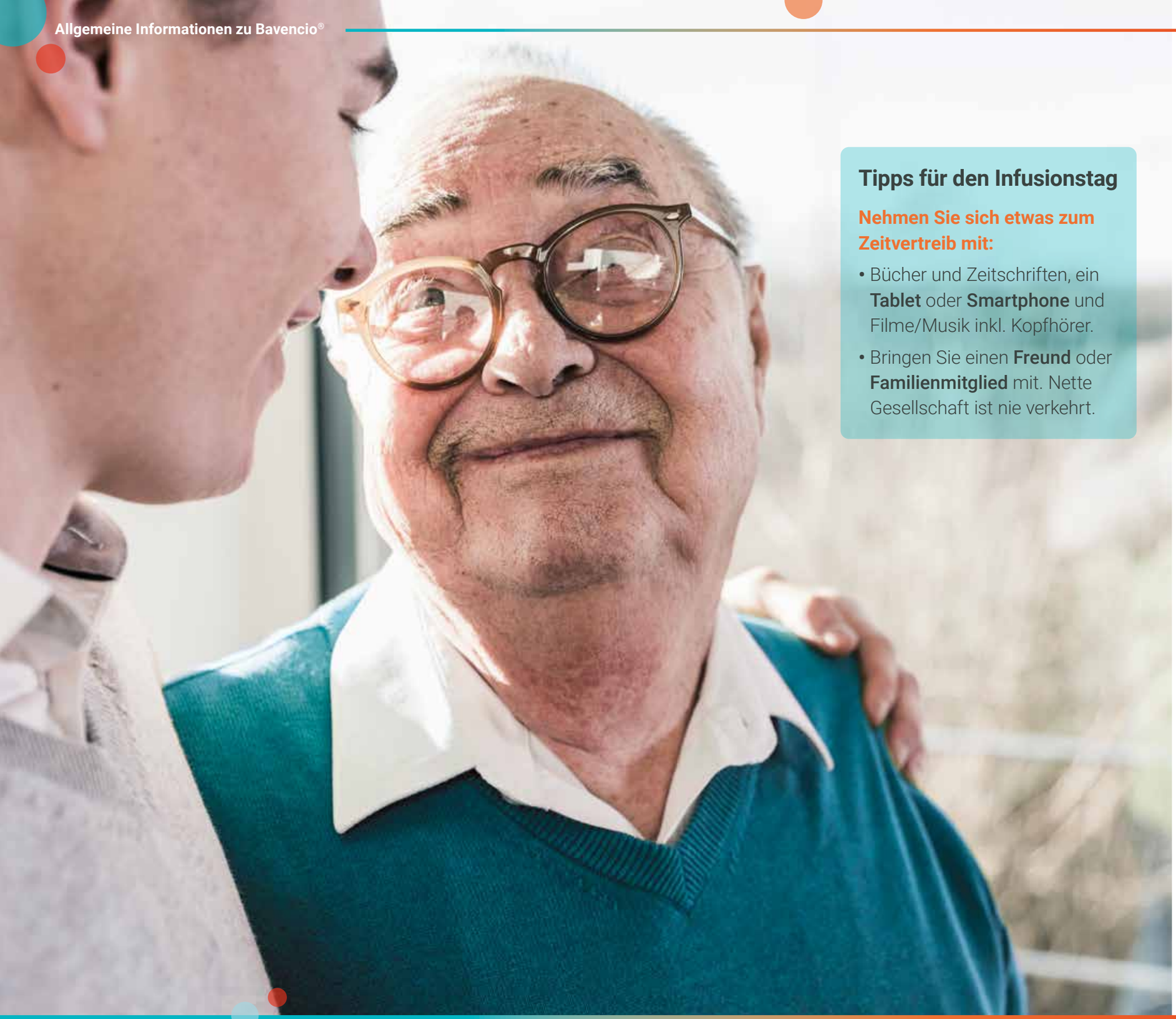
Die Dauer der Behandlung ist nicht festgelegt. Ihr Arzt bespricht mit Ihnen, wie lange Sie Bavencio® erhalten. Dies hängt unter anderem davon ab, wie Sie auf die Behandlung ansprechen und wie gut Sie sie vertragen.

Welche Kontrolluntersuchungen sind nötig?

Ihr Arzt wird Sie regelmäßig untersuchen, um festzustellen, ob und wie gut die Therapie mit Bavencio® anschlägt. Im Normalfall geschieht dies durch Computertomographie (CT), Kernspintomographie (MRT) oder Ultraschall (Sonographie). Die Termine finden Sie im Terminplan auf Seite 6.

Können Sie weitere Medikamente einnehmen?

Die gleichzeitige Einnahme anderer Medikamente ist nicht grundsätzlich ausgeschlossen. Die Wahrscheinlichkeit, dass Bavencio® mit anderen Medikamenten wechselwirkt, ist eher gering. Informieren Sie dennoch Ihren Arzt über alle verschreibungs- und nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die Sie bereits einnehmen, und halten Sie Rücksprache, bevor Sie ein neues Arzneimittel einnehmen.



Tipps für den Infusionstag

Nehmen Sie sich etwas zum Zeitvertreib mit:

- Bücher und Zeitschriften, ein **Tablet** oder **Smartphone** und Filme/Musik inkl. Kopfhörer.
- Bringen Sie einen **Freund** oder **Familienmitglied** mit. Nette Gesellschaft ist nie verkehrt.

Was Sie sonst noch einpacken können:

- **Getränke** und **Snacks:** Trinken Sie vor, während und nach der Behandlung ausreichend Wasser. Erkundigen Sie sich bei Ihrem Arzt, ob Sie einen Snack mitbringen können.
- **Süßigkeiten** oder **Pfefferminz**: Sie helfen bei Mundtrockenheit, Übelkeit und unangenehmen Geschmäckern.
- **Lippenbalsam**: Trockene Lippen sind eine häufige Nebenwirkung. Lippenbalsam versorgt sie mit Feuchtigkeit.
- **Kissen**: Langes Sitzen kann unangenehm sein. Ein kleines Kissen kann helfen, Ihren Nacken zu stützen.
- **Pullover** oder **Decke**: Krankenhäuser und Infusionszentren können kühl sein. Tragen Sie Schichten oder bringen Sie eine Decke mit.
- Ein **Therapietagebuch** (beiliegend): Notieren Sie, wie Sie sich während der Behandlung fühlen.
- Organisieren Sie sich eine **Fahrgelegenheit** nach Hause. Sie könnten sich zu müde oder nicht in der Lage fühlen, selbst zu fahren.

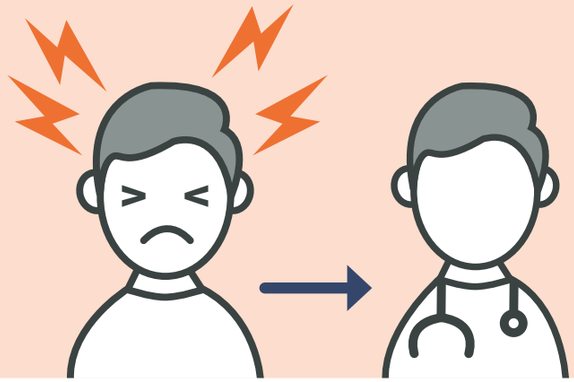
Nebenwirkungen: Worauf Sie achten müssen

Kann es durch Bavencio® zu Nebenwirkungen kommen?

Wie bei jedem Medikament kann es auch bei der Behandlung mit Bavencio® zu Nebenwirkungen kommen. Diese sind seltener als bei einer Chemotherapie, können jedoch verschiedene Organe betreffen und auch manchmal noch Wochen oder Monate nach dem Ende der Behandlung auftreten. Sie sollten auftretende Beschwerden auf keinen Fall selbst behandeln, sondern Ihrem Arzt melden.

Tipp: Was ist zu tun, wenn sich Nebenwirkung zeigen?

Melden Sie sich bei Ihrem Arzt, wenn Sie eine der Fragen zu „Anzeichen von Nebenwirkungen“ mit Ja beantworten können oder eine andere Veränderung Ihres Gesundheitszustandes bemerken.



Können Nebenwirkungen behandelt werden?

Ja, Nebenwirkungen können in der Regel gut behandelt werden. Wichtig ist: Das Auftreten von Nebenwirkungen bedeutet nicht unbedingt, dass Ihre Behandlung mit Bavencio® dauerhaft abgebrochen werden muss. Bei frühzeitigem Erkennen der Symptome können diese in der Regel gut behandelt werden und die Therapie mit Bavencio® fortgesetzt werden.

Immunvermittelte Nebenwirkungen

Da es sich bei Bavencio® um eine Immuntherapie handelt, können sogenannte immunvermittelte Nebenwirkungen auftreten.

Die besondere Wirkung von Bavencio® auf das Immunsystem kann dazu führen, dass nicht nur Krebszellen, sondern auch gesundes Gewebe von aktivierten Immunzellen geschädigt wird. Aus diesem Grund können Nebenwirkungen manchmal schwer zu erkennen sein.

Häufigste Nebenwirkungen

Die Sicherheit von Bavencio® wurde ausführlich in Studien untersucht. Dabei waren die häufigsten Nebenwirkungen:

- **30 %** Ermüdung
- **24 %** Übelkeit
- **19 %** Durchfall
- **18 %** verminderter Appetit
- **18 %** Verstopfung
- **16 %** infusionsbedingte Reaktionen
- **16 %** Erbrechen
- **15 %** Gewichtsabnahme

Allgemeine Informationen zu Bavencio®

Mögliche Nebenwirkungen während der Behandlung mit Bavencio®

Magen/Darm

Symptom	Beschreibung
• Übelkeit, Erbrechen	• Oft verbunden mit Appetitlosigkeit
• Bauchschmerzen	• Vor allem Schmerzen im oberen Bauchbereich (Bereich des Magens oder des Dünndarms sowie rechts der Magengegend), teils verbunden mit Verstopfung oder Durchfall
• Durchfall	• Wässrige, lockere oder weiche Stühle, häufiger Stuhlgang
• Verstopfung	• Stuhlgang erschwert und schmerzhaft

Niere/Harnwege

Symptom	Beschreibung
• Veränderte Urinfarbe	• Dunkler oder rötlicher/blutiger Urin
• Häufiges Wasserlassen	• Kleine oder große Urinmengen, häufiger Harndrang

Rachen/Brust

Symptom	Beschreibung
• Husten	• Trockener oder feuchter Husten mit oder ohne Auswurf, Halsentzündung
• Atemprobleme/ Atemnot	• Kurzatmigkeit, Atembeschwerden

Kopf/Mund

Symptom	Beschreibung
• Mundtrockenheit, wunde Stellen im Mund	• Mundgeschwüre, Fieberbläschen, trockener Mund, häufig starkes Durstgefühl
• Kopfschmerzen	• Stechende oder dumpfe Schmerzen, einseitig oder beidseitig
• Schwindel/ Benommenheit	• Schwierigkeiten, das Gleichgewicht zu halten

Augen

Symptom	Beschreibung
• Augenschmerzen	• Entzündete oder trockene Augen, Druckgefühl
• Sehverlust	• Verschwommenes oder unscharfes Sehen, Gesichtsfeldeinschränkung
• Gelbfärbung	• Verfärbung des Augapfels/des Weißen im Auge

Haut

Symptom	Beschreibung
• Juckreiz	• Mit oder ohne Hautveränderungen
• Ausschlag, Blasen, Farbveränderung	• (Fleckige) Veränderung der Hautfarbe (weiß, rot, gelb), trockene Haut, Hautrötung, Hautverdickungen, knotiger Ausschlag, Abschälung/Ablösung der Haut, oft mit Juckreiz

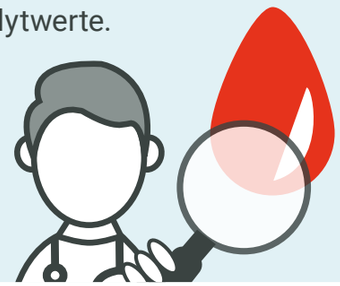
Befinden

Symptom	Beschreibung
• Müdigkeit/ Schwäche	• Extreme Müdigkeit, Schläfrigkeit, Schwäche, Kraftlosigkeit
• Schlafprobleme	• Probleme beim Ein- oder Durchschlafen, Schwierigkeiten beim Aufwachen
• Veränderungen des Appetits	• Heißhunger, Appetitlosigkeit, Gewichtszunahme oder -abnahme
• Fieber	• Grippeähnliche Symptome, Schüttelfrost
• Stimmungs- änderungen	• Depressive Stimmung, Traurigkeit, Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen

WICHTIG: Melden Sie sich bei Ihrem Arzt, wenn Nebenwirkungen auftreten oder Sie eine andere Veränderung Ihres Gesundheitszustandes bemerken.

Behandeln Sie Nebenwirkungen keinesfalls selbst und nehmen Sie keine Medikamente ohne Rücksprache mit Ihrem Arzt ein.

Daneben sind auch Veränderungen möglich, die der Arzt bei der Blutuntersuchung bemerkt, wie z. B. veränderte Leber-, Schilddrüsen-, Blutzucker- oder Elektrolytwerte.



Arme/Beine/Rücken

Symptom	Beschreibung
• Muskelschwäche	• Muskelschmerzen ohne vorherige körperliche Aktivität, Steifheit, Krämpfe
• Taubheit/Kribbeln	• Taubheitsgefühl, kribbelnde oder brennende Schmerzen
• Schmerzen	• Gelenkschmerzen, Rückenschmerzen

Ihr Tagebuch

Ihr Tagebuch

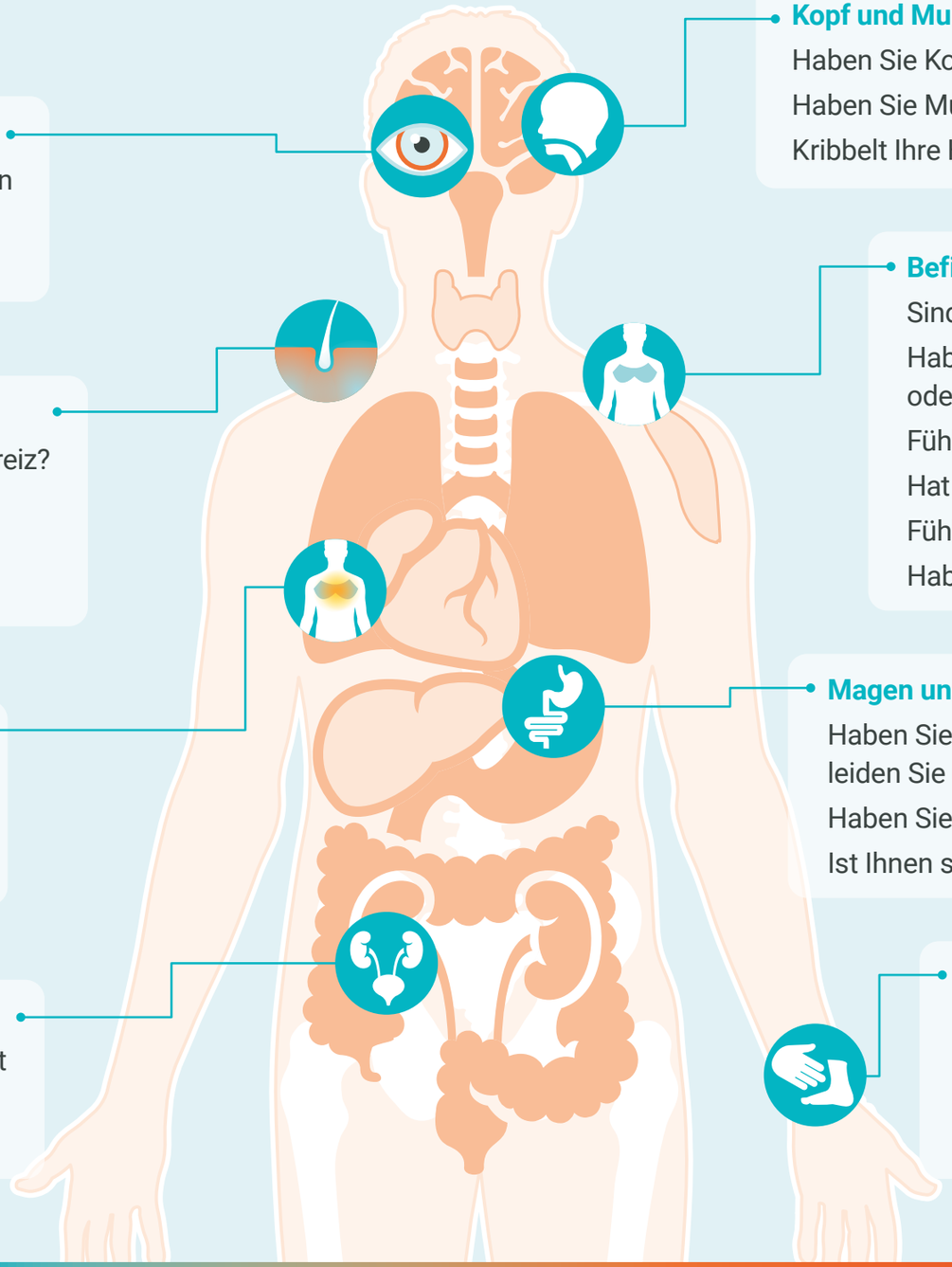
Basis für eine sichere Behandlung

Das Tagebuch hilft Ihnen und Ihrem Arzt dabei, mögliche Nebenwirkungen frühzeitig zu bemerken, damit Sie möglichst lange von der Therapie mit Bavencio® profitieren können. Nehmen Sie sich regelmäßig Zeit, sich durch Ausfüllen des Tagebuchs zu fragen: Hat sich mein Gesundheitszustand verändert und/oder trifft eine der aufgelisteten Nebenwirkungen (nächste Seite) auf mich zu? Denn selbst wenn sie zunächst unbedeutend erscheinen, können sie sich unbehandelt unter Umständen rasch verschlechtern. Eine rechtzeitige Behandlung der Nebenwirkungen ist daher entscheidend.

Melden Sie sich bei Ihrem Arzt, wenn Sie eine der Fragen zu „Anzeichen von Nebenwirkungen“ mit Ja beantworten können oder eine andere Veränderung Ihres Gesundheitszustandes bemerken. Behandeln Sie Nebenwirkungen keinesfalls selbst und nehmen Sie keine Medikamente ohne Rücksprache mit Ihrem Arzt ein.

Ihr Tagebuch

Anzeichen von Nebenwirkungen



Auge

Sehen Sie schlechter oder verschwommen oder schmerzen Ihre Augen?

Haben sich Ihre Augen gelb verfärbt?

Kopf und Mund

Haben Sie Kopfschmerzen oder ist Ihnen schwindelig?

Haben Sie Mundgeschwüre oder Fieberbläschen?

Kribbelt Ihre Haut oder gibt es taube Stellen?

Haut

Leiden Sie unter Hautausschlag, eventuell mit Juckreiz?

Haben Sie Blasen oder löst sich Ihre Haut ab?

Hat sich Ihre Haut gelb verfärbt oder zeigen sich weiße Flecken?

Befinden

Sind Sie müde oder depressiv?

Haben Sie Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder Probleme beim Aufwachen?

Fühlen Sie sich schwach oder haben Fieber?

Hat sich Ihr Appetit verändert?

Fühlen Sie sich antriebslos oder sind Sie leicht reizbar?

Haben Sie starken Durst?

Rachen und Brust

Haben Sie Schwierigkeiten beim Atmen oder sogar Atemnot?

Leiden Sie unter Husten?

Magen und Darm

Haben Sie häufigeren Stuhlgang als sonst oder leiden Sie unter Durchfall?

Haben Sie Bauchschmerzen?

Ist Ihnen schlecht oder mussten Sie erbrechen?

Niere und Harnwege

Hat sich die Urinmenge oder die Urinfarbe geändert (z. B. rötlicher, dunkel)?

Müssen Sie öfter Wasser lassen?

Arme und Beine

Schmerzen Ihre Muskeln oder sind diese schwach, obwohl Sie keinen Sport getrieben haben?

Kribbeln Ihre Arme oder Beine oder fühlen sich diese taub an?

So füllen Sie Ihr Tagebuch aus

Die folgenden Seiten beinhalten Wochentabellen, in die Sie jeden Tag eintragen können, ob Sie Veränderungen oder Besonderheiten bei sich bemerken. So haben Sie beim Gespräch mit Ihrem Arzt alle Informationen immer zur Hand. Zunächst finden Sie hier eine Beispieltabelle mit Hilfestellung, wie Sie Ihr Tagebuch führen können.

Nehmen Sie keine eigenen Diagnosen von Nebenwirkungen vor und versuchen Sie nicht, Nebenwirkungen selbst zu behandeln!

Woche:

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Anmerkungen
Bavencio®-Infusion	–	X	Hier bitte Infusionstag ankreuzen					
Körpertemperatur	37,3 °C	37,1 °C	Hier bitte Körpertemperatur eintragen					
Gewicht	81,2 kg	81,3 kg	Hier bitte Gewicht eintragen					Platz für Anmerkungen
Durchfall	Nein	Ja	Ja oder Nein, eventuell auch Schweregrad eintragen					
Anzahl Stühle/Tag	2	5	Hier bitte die Häufigkeit angeben					

Allgemeines Befinden in dieser Woche			Arzttermin diese Woche	
◯ Besser	◯ Gleich	◯ Schlechter	Datum:	Uhrzeit:
Hier bitte ankreuzen				

Notizen

Platz für Notizen

Dokumentieren Sie Ihre Nebenwirkungen

Immunvermittelte Nebenwirkungen können in jedem Organ auftreten und sind manchmal schwer zu erkennen. Hören Sie also gut in sich hinein und notieren Sie täglich, ob Sie Nebenwirkungen bemerken – auch solche, die nicht in der Broschüre aufgelistet sind. Besprechen Sie jegliche Beschwerden mit Ihrem Arzt.

Das ist besonders wichtig, da Sie nur gemeinsam mit Ihrem Arzt frühzeitig geeignete Maßnahmen ergreifen können, um Ihr Wohlbefinden wieder zu verbessern.

WICHTIG: Bei Fieber unbedingt umgehend jederzeit – also auch nachts oder am Wochenende – Ihren Arzt kontaktieren!

Weitere Nebenwirkungen		
Auge		Hier bitte Nebenwirkungen notieren. Gehen Sie die Anzeichen für Nebenwirkungen mit Hilfe der Übersicht im Umschlag aufmerksam durch.
Haut		
Rachen und Brust	Wieder alles OK	
Niere und Harnwege		
Kopf und Mund	Dienstag: Kopfschmerzen Samstag: leichtes Zahnfleischbluten	
Befinden	Donnerstag: fühle mich kraftlos, wenig Appetit	
Magen und Darm	Durchfall ist im Laufe der Woche besser geworden	
Arme und Beine	Mittwoch: Gliederschmerzen v. a. in den Beinen	

Woche:

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Anmerkungen
Bavencio®-Infusion								
Körper-temperatur								
Gewicht								
Durchfall								
Anzahl Stühle/Tag								

Allgemeines Befinden in dieser Woche			Arzttermin diese Woche	
◯ Besser	◯ Gleich	◯ Schlechter	Datum:	Uhrzeit:

Notizen

Weitere Nebenwirkungen

Auge	
Haut	
Rachen und Brust	
Niere und Harnwege	
Kopf und Mund	
Befinden	
Magen und Darm	
Arme und Beine	

Woche:

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Anmerkungen
Bavencio®-Infusion								
Körper-temperatur								
Gewicht								
Durchfall								
Anzahl Stühle/Tag								

Allgemeines Befinden in dieser Woche			Arzttermin diese Woche	
◯ Besser	◯ Gleich	◯ Schlechter	Datum:	Uhrzeit:

Notizen

Weitere Nebenwirkungen

Auge	
Haut	
Rachen und Brust	
Niere und Harnwege	
Kopf und Mund	
Befinden	
Magen und Darm	
Arme und Beine	

Woche:

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Anmerkungen
Bavencio®-Infusion								
Körper-temperatur								
Gewicht								
Durchfall								
Anzahl Stühle/Tag								

Allgemeines Befinden in dieser Woche			Arzttermin diese Woche	
◯ Besser	◯ Gleich	◯ Schlechter	Datum:	Uhrzeit:

Notizen

Weitere Nebenwirkungen

Auge	
Haut	
Rachen und Brust	
Niere und Harnwege	
Kopf und Mund	
Befinden	
Magen und Darm	
Arme und Beine	

Woche:

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Anmerkungen
Bavencio®-Infusion								
Körper-temperatur								
Gewicht								
Durchfall								
Anzahl Stühle/Tag								

Allgemeines Befinden in dieser Woche			Arzttermin diese Woche	
◯ Besser	◯ Gleich	◯ Schlechter	Datum:	Uhrzeit:

Notizen

Weitere Nebenwirkungen

Auge	
Haut	
Rachen und Brust	
Niere und Harnwege	
Kopf und Mund	
Befinden	
Magen und Darm	
Arme und Beine	

Woche:

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Anmerkungen
Bavencio®-Infusion								
Körper-temperatur								
Gewicht								
Durchfall								
Anzahl Stühle/Tag								

Allgemeines Befinden in dieser Woche			Arzttermin diese Woche	
◯ Besser	◯ Gleich	◯ Schlechter	Datum:	Uhrzeit:

Notizen

Weitere Nebenwirkungen

Auge	
Haut	
Rachen und Brust	
Niere und Harnwege	
Kopf und Mund	
Befinden	
Magen und Darm	
Arme und Beine	

Woche:

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Anmerkungen
Bavencio®-Infusion								
Körper-temperatur								
Gewicht								
Durchfall								
Anzahl Stühle/Tag								

Allgemeines Befinden in dieser Woche			Arzttermin diese Woche	
◯ Besser	◯ Gleich	◯ Schlechter	Datum:	Uhrzeit:

Notizen

Weitere Nebenwirkungen

Auge	
Haut	
Rachen und Brust	
Niere und Harnwege	
Kopf und Mund	
Befinden	
Magen und Darm	
Arme und Beine	

Woche:

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Anmerkungen
Bavencio®-Infusion								
Körper-temperatur								
Gewicht								
Durchfall								
Anzahl Stühle/Tag								

Allgemeines Befinden in dieser Woche			Arzttermin diese Woche	
◯ Besser	◯ Gleich	◯ Schlechter	Datum:	Uhrzeit:

Notizen

Weitere Nebenwirkungen

Auge	
Haut	
Rachen und Brust	
Niere und Harnwege	
Kopf und Mund	
Befinden	
Magen und Darm	
Arme und Beine	

Woche:

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Anmerkungen
Bavencio®-Infusion								
Körper-temperatur								
Gewicht								
Durchfall								
Anzahl Stühle/Tag								

Allgemeines Befinden in dieser Woche			Arzttermin diese Woche	
◯ Besser	◯ Gleich	◯ Schlechter	Datum:	Uhrzeit:

Notizen

Weitere Nebenwirkungen

Auge	
Haut	
Rachen und Brust	
Niere und Harnwege	
Kopf und Mund	
Befinden	
Magen und Darm	
Arme und Beine	

Woche:

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Anmerkungen
Bavencio®-Infusion								
Körper-temperatur								
Gewicht								
Durchfall								
Anzahl Stühle/Tag								

Allgemeines Befinden in dieser Woche			Arzttermin diese Woche	
◯ Besser	◯ Gleich	◯ Schlechter	Datum:	Uhrzeit:

Notizen

Weitere Nebenwirkungen

Auge	
Haut	
Rachen und Brust	
Niere und Harnwege	
Kopf und Mund	
Befinden	
Magen und Darm	
Arme und Beine	

Woche:

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Anmerkungen
Bavencio®-Infusion								
Körper-temperatur								
Gewicht								
Durchfall								
Anzahl Stühle/Tag								

Allgemeines Befinden in dieser Woche			Arzttermin diese Woche	
◯ Besser	◯ Gleich	◯ Schlechter	Datum:	Uhrzeit:

Notizen

Weitere Nebenwirkungen

Auge	
Haut	
Rachen und Brust	
Niere und Harnwege	
Kopf und Mund	
Befinden	
Magen und Darm	
Arme und Beine	

Woche:

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Anmerkungen
Bavencio®-Infusion								
Körper-temperatur								
Gewicht								
Durchfall								
Anzahl Stühle/Tag								

Allgemeines Befinden in dieser Woche			Arzttermin diese Woche	
◯ Besser	◯ Gleich	◯ Schlechter	Datum:	Uhrzeit:

Notizen

Weitere Nebenwirkungen

Auge	
Haut	
Rachen und Brust	
Niere und Harnwege	
Kopf und Mund	
Befinden	
Magen und Darm	
Arme und Beine	

Woche:

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Anmerkungen
Bavencio®-Infusion								
Körper-temperatur								
Gewicht								
Durchfall								
Anzahl Stühle/Tag								

Allgemeines Befinden in dieser Woche			Arzttermin diese Woche	
◯ Besser	◯ Gleich	◯ Schlechter	Datum:	Uhrzeit:

Notizen

Weitere Nebenwirkungen

Auge	
Haut	
Rachen und Brust	
Niere und Harnwege	
Kopf und Mund	
Befinden	
Magen und Darm	
Arme und Beine	

Woche:

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Anmerkungen
Bavencio®-Infusion								
Körper-temperatur								
Gewicht								
Durchfall								
Anzahl Stühle/Tag								

Allgemeines Befinden in dieser Woche			Arzttermin diese Woche	
◯ Besser	◯ Gleich	◯ Schlechter	Datum:	Uhrzeit:

Notizen

Weitere Nebenwirkungen

Auge	
Haut	
Rachen und Brust	
Niere und Harnwege	
Kopf und Mund	
Befinden	
Magen und Darm	
Arme und Beine	

Woche:

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Anmerkungen
Bavencio®-Infusion								
Körper-temperatur								
Gewicht								
Durchfall								
Anzahl Stühle/Tag								

Allgemeines Befinden in dieser Woche			Arzttermin diese Woche	
◯ Besser	◯ Gleich	◯ Schlechter	Datum:	Uhrzeit:

Notizen

Weitere Nebenwirkungen

Auge	
Haut	
Rachen und Brust	
Niere und Harnwege	
Kopf und Mund	
Befinden	
Magen und Darm	
Arme und Beine	

Woche:

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Anmerkungen
Bavencio®-Infusion								
Körper-temperatur								
Gewicht								
Durchfall								
Anzahl Stühle/Tag								

Allgemeines Befinden in dieser Woche			Arzttermin diese Woche	
◯ Besser	◯ Gleich	◯ Schlechter	Datum:	Uhrzeit:

Notizen

Weitere Nebenwirkungen

Auge	
Haut	
Rachen und Brust	
Niere und Harnwege	
Kopf und Mund	
Befinden	
Magen und Darm	
Arme und Beine	

Woche:

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Anmerkungen
Bavencio®-Infusion								
Körper-temperatur								
Gewicht								
Durchfall								
Anzahl Stühle/Tag								

Allgemeines Befinden in dieser Woche			Arzttermin diese Woche	
◯ Besser	◯ Gleich	◯ Schlechter	Datum:	Uhrzeit:

Notizen

Weitere Nebenwirkungen

Auge	
Haut	
Rachen und Brust	
Niere und Harnwege	
Kopf und Mund	
Befinden	
Magen und Darm	
Arme und Beine	

Woche:

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Anmerkungen
Bavencio®-Infusion								
Körper-temperatur								
Gewicht								
Durchfall								
Anzahl Stühle/Tag								

Allgemeines Befinden in dieser Woche			Arzttermin diese Woche	
◯ Besser	◯ Gleich	◯ Schlechter	Datum:	Uhrzeit:

Notizen

Weitere Nebenwirkungen

Auge	
Haut	
Rachen und Brust	
Niere und Harnwege	
Kopf und Mund	
Befinden	
Magen und Darm	
Arme und Beine	

Woche:

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Anmerkungen
Bavencio®-Infusion								
Körper-temperatur								
Gewicht								
Durchfall								
Anzahl Stühle/Tag								

Allgemeines Befinden in dieser Woche			Arzttermin diese Woche	
◯ Besser	◯ Gleich	◯ Schlechter	Datum:	Uhrzeit:

Notizen

Weitere Nebenwirkungen

Auge	
Haut	
Rachen und Brust	
Niere und Harnwege	
Kopf und Mund	
Befinden	
Magen und Darm	
Arme und Beine	

Woche:

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Anmerkungen
Bavencio®-Infusion								
Körper-temperatur								
Gewicht								
Durchfall								
Anzahl Stühle/Tag								

Allgemeines Befinden in dieser Woche			Arzttermin diese Woche	
◯ Besser	◯ Gleich	◯ Schlechter	Datum:	Uhrzeit:

Notizen

Weitere Nebenwirkungen

Auge	
Haut	
Rachen und Brust	
Niere und Harnwege	
Kopf und Mund	
Befinden	
Magen und Darm	
Arme und Beine	

Woche:

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Anmerkungen
Bavencio®-Infusion								
Körper-temperatur								
Gewicht								
Durchfall								
Anzahl Stühle/Tag								

Allgemeines Befinden in dieser Woche			Arzttermin diese Woche	
◯ Besser	◯ Gleich	◯ Schlechter	Datum:	Uhrzeit:

Notizen

Weitere Nebenwirkungen

Auge	
Haut	
Rachen und Brust	
Niere und Harnwege	
Kopf und Mund	
Befinden	
Magen und Darm	
Arme und Beine	

Woche:

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Anmerkungen
Bavencio®-Infusion								
Körper-temperatur								
Gewicht								
Durchfall								
Anzahl Stühle/Tag								

Allgemeines Befinden in dieser Woche			Arzttermin diese Woche	
◯ Besser	◯ Gleich	◯ Schlechter	Datum:	Uhrzeit:

Notizen

Weitere Nebenwirkungen

Auge	
Haut	
Rachen und Brust	
Niere und Harnwege	
Kopf und Mund	
Befinden	
Magen und Darm	
Arme und Beine	

Woche:

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Anmerkungen
Bavencio®-Infusion								
Körper-temperatur								
Gewicht								
Durchfall								
Anzahl Stühle/Tag								

Allgemeines Befinden in dieser Woche			Arzttermin diese Woche	
◯ Besser	◯ Gleich	◯ Schlechter	Datum:	Uhrzeit:

Notizen

Weitere Nebenwirkungen

Auge	
Haut	
Rachen und Brust	
Niere und Harnwege	
Kopf und Mund	
Befinden	
Magen und Darm	
Arme und Beine	

Woche:

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Anmerkungen
Bavencio®-Infusion								
Körper-temperatur								
Gewicht								
Durchfall								
Anzahl Stühle/Tag								

Allgemeines Befinden in dieser Woche			Arzttermin diese Woche	
◯ Besser	◯ Gleich	◯ Schlechter	Datum:	Uhrzeit:

Notizen

Weitere Nebenwirkungen

Auge	
Haut	
Rachen und Brust	
Niere und Harnwege	
Kopf und Mund	
Befinden	
Magen und Darm	
Arme und Beine	

Woche:

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Anmerkungen
Bavencio®-Infusion								
Körper-temperatur								
Gewicht								
Durchfall								
Anzahl Stühle/Tag								

Allgemeines Befinden in dieser Woche			Arzttermin diese Woche	
◯ Besser	◯ Gleich	◯ Schlechter	Datum:	Uhrzeit:

Notizen

Weitere Nebenwirkungen

Auge	
Haut	
Rachen und Brust	
Niere und Harnwege	
Kopf und Mund	
Befinden	
Magen und Darm	
Arme und Beine	

Woche:

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Anmerkungen
Bavencio®-Infusion								
Körper-temperatur								
Gewicht								
Durchfall								
Anzahl Stühle/Tag								

Allgemeines Befinden in dieser Woche			Arzttermin diese Woche	
◯ Besser	◯ Gleich	◯ Schlechter	Datum:	Uhrzeit:

Notizen

Weitere Nebenwirkungen

Auge	
Haut	
Rachen und Brust	
Niere und Harnwege	
Kopf und Mund	
Befinden	
Magen und Darm	
Arme und Beine	

Woche:

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Anmerkungen
Bavencio®-Infusion								
Körper-temperatur								
Gewicht								
Durchfall								
Anzahl Stühle/Tag								

Allgemeines Befinden in dieser Woche			Arzttermin diese Woche	
◯ Besser	◯ Gleich	◯ Schlechter	Datum:	Uhrzeit:

Notizen

Weitere Nebenwirkungen

Auge	
Haut	
Rachen und Brust	
Niere und Harnwege	
Kopf und Mund	
Befinden	
Magen und Darm	
Arme und Beine	

Woche:

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Anmerkungen
Bavencio®-Infusion								
Körper-temperatur								
Gewicht								
Durchfall								
Anzahl Stühle/Tag								

Allgemeines Befinden in dieser Woche			Arzttermin diese Woche	
◯ Besser	◯ Gleich	◯ Schlechter	Datum:	Uhrzeit:

Notizen

Weitere Nebenwirkungen

Auge	
Haut	
Rachen und Brust	
Niere und Harnwege	
Kopf und Mund	
Befinden	
Magen und Darm	
Arme und Beine	

Woche:

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Anmerkungen
Bavencio®-Infusion								
Körper-temperatur								
Gewicht								
Durchfall								
Anzahl Stühle/Tag								

Allgemeines Befinden in dieser Woche			Arzttermin diese Woche	
◯ Besser	◯ Gleich	◯ Schlechter	Datum:	Uhrzeit:

Notizen

Weitere Nebenwirkungen

Auge	
Haut	
Rachen und Brust	
Niere und Harnwege	
Kopf und Mund	
Befinden	
Magen und Darm	
Arme und Beine	

Therapieüberblick

Diagnose		
Diagnose		
Datum		
ICD-Code		
TNM-Status	◯ c	
	◯ p	
Histologie		
Polyomavirus-Status		
Erstdiagnose	Datum	Lokalisation
Lokalrezidiv	Datum	Lokalisation
Metastasierung	Datum	Lokalisation
Zweitkarzinom (weiterer Tumor)	Datum	Lokalisation

Diagnostik	
◯ CT	Datum
◯ MRT	Datum
◯ PET-CT	Datum
◯ Ultraschall	Datum

Datum

Chirurgische Therapie			
Kurzbeschreibung			
Biopsie			
Wächterlymphknoten			
Exzision			
Nachexzision			
Resektionsstatus	◯ R0	◯ R1	◯ R2

Lymphknotendissektion

◯ rechts Level
◯ micro ◯ makro

◯ links Level
◯ micro ◯ makro

Betreuender Arzt (Praxisstempel)

Chirurgische Therapie Rezidiv
Exzision bei Rezidiv

Betreuender Arzt (Praxisstempel)

Datum von _____ **bis** _____

Strahlentherapie

Therapiekonzept

◯ **Adjuvant** ◯ **Palliativ**

◯ **Re-Bestrahlung** Dosis Vorbestrahlung _____ Datum _____

Simultane Systemtherapie Schema _____ Dauer _____

Fluoridierungsschiene ◯ ja Datum _____

	Grundbestrahlung	Boost	
Erster Tag			◯ integriert
Letzter Tag			◯ concomitant
Technik (3D/IMRT etc.)			◯ sequentiell
Dosis	Gesamtdosis	Gesamtdosis	
	Einzeldosis	Einzeldosis	
	Fraktionen/d	Fraktionen/d	

Therapieunterbrechung/ Grund

Maximale Akuttoxizität (Schweregrad CTC)	Haut	Lymphödem
	Schleimhaut	Speicheldrüse
	Larynx	Schlucken

Betreuender Arzt (Praxisstempel)

Datum von _____ **bis** _____

Strahlentherapie

Therapiekonzept

◯ **Adjuvant** ◯ **Palliativ**

◯ **Re-Bestrahlung** Dosis Vorbestrahlung _____ Datum _____

Simultane Systemtherapie Schema _____ Dauer _____

Fluoridierungsschiene ◯ ja Datum _____

	Grundbestrahlung	Boost	
Erster Tag			◯ integriert
Letzter Tag			◯ concomitant
Technik (3D/IMRT etc.)			◯ sequentiell
Dosis	Gesamtdosis	Gesamtdosis	
	Einzeldosis	Einzeldosis	
	Fraktionen/d	Fraktionen/d	

Therapieunterbrechung/ Grund

Maximale Akuttoxizität (Schweregrad CTC)	Haut	Lymphödem
	Schleimhaut	Speicheldrüse
	Larynx	Schlucken

Betreuender Arzt (Praxisstempel)

Datum von _____ **bis** _____

Strahlentherapie

Therapiekonzept

◯ Adjuvant ◯ Palliativ

◯ Re-Bestrahlung | Dosis Vorbestrahlung | Datum

Simultane Systemtherapie | Schema | Dauer

Fluoridierungsschiene | ◯ ja | Datum

	Grundbestrahlung	Boost	
Erster Tag			◯ integriert
Letzter Tag			◯ concomitant
Technik (3D/IMRT etc.)			◯ sequentiell
Dosis	Gesamtdosis	Gesamtdosis	
	Einzeldosis	Einzeldosis	
	Fraktionen/d	Fraktionen/d	

Therapieunterbrechung/ Grund

Maximale Akuttoxizität (Schweregrad CTC)		
	Haut	Lymphödem
	Schleimhaut	Speicheldrüse
	Larynx	Schlucken

Betreuender Arzt (Praxisstempel)

Datum von _____ **bis** _____

Systemische Therapie

◯ Neoadjuvant ◯ Adjuvant palliativ

Therapieschema

Therapielinie

Beginn

Ende

Substanz

Dosierung

Nebenwirkungen (inkl. CTC-Grad)

Grund für Abbruch

Anmerkungen

Betreuender Arzt (Praxisstempel)

Datum von _____ **bis** _____

Systemische Therapie

◯ Neoadjuvant ◯ Adjuvant palliativ

Therapieschema

Therapielinie

Beginn

Ende

Substanz

Dosierung

Nebenwirkungen (inkl. CTC-Grad)

Grund für Abbruch

Anmerkungen

Betreuender Arzt (Praxisstempel)

Ihr Tagebuch

Datum von _____ **bis** _____

Systemische Therapie

◯ Neoadjuvant ◯ Adjuvant palliativ

Therapieschema

Therapielinie

Beginn

Ende

Substanz

Dosierung

Nebenwirkungen (inkl. CTC-Grad)

Grund für Abbruch

Anmerkungen

Betreuender Arzt (Praxisstempel)

Kontrolle

Datum

Fachrichtung _____

ECOG _____ **Gewicht** _____

Diagnostik

Körperliche Untersuchung

◯ Lymphknoten Sono ◯ unauffällig
◯ nicht durchgeführt ◯ rezidiv

Bildgebung, welche? _____

◯ unauffällig ◯ rezidiv
◯ nicht durchgeführt

Biopsie erfolgt _____

Status

◯ CR ◯ PR ◯ PD ◯ unverändert
◯ tumorfrei ◯ lokal rezidiv
◯ Lymphknoten ◯ Fernmetastasen

Wo? _____

Spätfolgen _____

_____

Lymphdrainage nötig ◯ ja ◯ nein
Andere Therapie nötig ◯ ja ◯ nein

Betreuender Arzt (Praxisstempel)

Kontrolle

Datum

Fachrichtung _____

ECOG _____ **Gewicht** _____

Diagnostik

Körperliche Untersuchung

◯ Lymphknoten Sono ◯ unauffällig
◯ nicht durchgeführt ◯ rezidiv

Bildgebung, welche? _____

◯ unauffällig ◯ rezidiv
◯ nicht durchgeführt

Biopsie erfolgt _____

Status

◯ CR ◯ PR ◯ PD ◯ unverändert
◯ tumorfrei ◯ lokal rezidiv
◯ Lymphknoten ◯ Fernmetastasen

Wo? _____

Spätfolgen _____

_____

Lymphdrainage nötig ◯ ja ◯ nein
Andere Therapie nötig ◯ ja ◯ nein

Betreuender Arzt (Praxisstempel)

Kontrolle

Datum

Fachrichtung _____

ECOG _____ **Gewicht** _____

Diagnostik

Körperliche Untersuchung

◯ Lymphknoten Sono ◯ unauffällig
◯ nicht durchgeführt ◯ rezidiv

Bildgebung, welche? _____

◯ unauffällig ◯ rezidiv
◯ nicht durchgeführt

Biopsie erfolgt _____

Status

◯ CR ◯ PR ◯ PD ◯ unverändert
◯ tumorfrei ◯ lokal rezidiv
◯ Lymphknoten ◯ Fernmetastasen

Wo? _____

Spätfolgen _____

_____

Lymphdrainage nötig ◯ ja ◯ nein
Andere Therapie nötig ◯ ja ◯ nein

Betreuender Arzt (Praxisstempel)

Kontrolle

Datum

Fachrichtung _____

ECOG _____ **Gewicht** _____

Diagnostik

Körperliche Untersuchung

◯ Lymphknoten Sono ◯ unauffällig
◯ nicht durchgeführt ◯ rezidiv

Bildgebung, welche? _____

◯ unauffällig ◯ rezidiv
◯ nicht durchgeführt

Biopsie erfolgt _____

Status

◯ CR ◯ PR ◯ PD ◯ unverändert
◯ tumorfrei ◯ lokal rezidiv
◯ Lymphknoten ◯ Fernmetastasen

Wo? _____

Spätfolgen _____

_____

Lymphdrainage nötig ◯ ja ◯ nein
Andere Therapie nötig ◯ ja ◯ nein

Betreuender Arzt (Praxisstempel)

Kontrolle

Datum

Fachrichtung _____

ECOG _____ **Gewicht** _____

Diagnostik

Körperliche Untersuchung

◯ Lymphknoten Sono ◯ unauffällig
◯ nicht durchgeführt ◯ rezidiv

Bildgebung, welche? _____

◯ unauffällig ◯ rezidiv
◯ nicht durchgeführt

Biopsie erfolgt _____

Status

◯ CR ◯ PR ◯ PD ◯ unverändert
◯ tumorfrei ◯ lokal rezidiv
◯ Lymphknoten ◯ Fernmetastasen

Wo? _____

Spätfolgen _____

_____

Lymphdrainage nötig ◯ ja ◯ nein
Andere Therapie nötig ◯ ja ◯ nein

Betreuender Arzt (Praxisstempel)

Kontrolle

Datum

Fachrichtung _____

ECOG _____ **Gewicht** _____

Diagnostik

Körperliche Untersuchung

◯ Lymphknoten Sono ◯ unauffällig
◯ nicht durchgeführt ◯ rezidiv

Bildgebung, welche? _____

◯ unauffällig ◯ rezidiv
◯ nicht durchgeführt

Biopsie erfolgt _____

Status

◯ CR ◯ PR ◯ PD ◯ unverändert
◯ tumorfrei ◯ lokal rezidiv
◯ Lymphknoten ◯ Fernmetastasen

Wo? _____

Spätfolgen _____

_____

Lymphdrainage nötig ◯ ja ◯ nein
Andere Therapie nötig ◯ ja ◯ nein

Betreuender Arzt (Praxisstempel)

Kontrolle

Datum

Fachrichtung _____

ECOG _____ **Gewicht** _____

Diagnostik

Körperliche Untersuchung

◯ Lymphknoten Sono ◯ unauffällig
◯ nicht durchgeführt ◯ rezidiv

Bildgebung, welche? _____

◯ unauffällig ◯ rezidiv
◯ nicht durchgeführt

Biopsie erfolgt _____

Status

◯ CR ◯ PR ◯ PD ◯ unverändert
◯ tumorfrei ◯ lokal rezidiv
◯ Lymphknoten ◯ Fernmetastasen

Wo? _____

Spätfolgen _____

_____

Lymphdrainage nötig ◯ ja ◯ nein
Andere Therapie nötig ◯ ja ◯ nein

Betreuender Arzt (Praxisstempel)

Kontrolle

Datum

Fachrichtung _____

ECOG _____ **Gewicht** _____

Diagnostik

Körperliche Untersuchung

◯ Lymphknoten Sono ◯ unauffällig
◯ nicht durchgeführt ◯ rezidiv

Bildgebung, welche? _____

◯ unauffällig ◯ rezidiv
◯ nicht durchgeführt

Biopsie erfolgt _____

Status

◯ CR ◯ PR ◯ PD ◯ unverändert
◯ tumorfrei ◯ lokal rezidiv
◯ Lymphknoten ◯ Fernmetastasen

Wo? _____

Spätfolgen _____

_____

Lymphdrainage nötig ◯ ja ◯ nein
Andere Therapie nötig ◯ ja ◯ nein

Betreuender Arzt (Praxisstempel)

Notizen

Meine wichtigsten Daten

Name

Geburtsdatum

Anschrift

Telefonnummer

Begleitmedikation

Weitere Erkrankungen

DEUTSCHE KREBSHILFE
Buschstraße 32
53113 Bonn
Tel.: 0228 72 99 00
E-Mail: deutsche@krebshilfe.de
www.krebshilfe.de

DEUTSCHE KREBSGESELLSCHAFT E. V.
Größte wissenschaftlich-onkologische Fachgesellschaft Deutschlands mit Landeskrebsgesellschaften in jedem Bundesland
Kuno-Fischer-Str. 8
14057 Berlin
Tel.: 030 322 93 29-0
Fax: 030 322 93 29-66
service@krebsgesellschaft.de
www.krebsgesellschaft.de

KREBSINFORMATIONSDIENST
des Deutschen Krebsforschungszentrums
Im Neuenheimer Feld 280
69120 Heidelberg
Tel.: 0800 420 30 40 (kostenfrei, tgl. 8 –20 Uhr)
E-Mail: krebsinformationsdienst@dkfz.de
www.krebsinformationsdienst.de

Wichtige Unterlagen für Ihre Behandlung mit Bavencio®

Es gibt zwei wichtige Dokumente für die Behandlung mit Bavencio®:

- Den **Infobrief,** den Sie in dieser Broschüre finden, geben Sie bitte Ihrem Hausarzt, wenn Sie ihn das nächste Mal aufsuchen.
- Der ebenfalls beiliegende **Bavencio®-Therapiepass** enthält wichtige Informationen zu Ihrer Behandlung auf einen Blick. Tragen Sie diesen immer bei sich und zeigen Sie ihn jedem Arzt, der Sie behandelt.

Infobrief

+

Therapiepass

Tipp:
Legen Sie sich zu Hause einen Ordner mit allen wichtigen Dokumenten an, um sie jederzeit zur Hand zu haben.

Hier wird eine transparente Dreiecks-tasche aufgeklebt.

Augen
- **Augenschmerzen, Sehverlust, Gelbfärbung**

Haut
- **Juckreiz, Ausschlag, Blasen, Farbveränderung**

Rachen und Brust
- **Husten, Atemprobleme/Atemnot**

Niere und Harnwege
- **Veränderte Urinfarbe, häufiges Wasserlassen**

Kopf und Mund
- **Mundtrockenheit, wunde Stellen im Mund, Kopfschmerzen, Schwindel/Benommenheit**

Befinden
- **Müdigkeit/Schwäche, Schlafprobleme, Veränderung des Appetits, Fieber, Stimmungsänderung**

Magen und Darm
- **Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, Durchfall, Verstopfung**

Arme und Beine
- **Muskelschwäche, Taubheit/ Kribbeln, Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen**