

**Bei Privatversicherung: Versicherungsname u. Vertrags-Nr. eintragen.**

Name, Vorname, Anschrift des Patienten  
geb. am \_\_\_\_\_

Kassen-Nr.: \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr. / Vertrags-Nr. \_\_\_\_\_ Status: \_\_\_\_\_

Betriebsstätten-Nr.: \_\_\_\_\_ Lebenslange ArztNr. / ZahnarztNr. \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_ Namenszusatz: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Frühere Namen: \_\_\_\_\_

Geschlecht  m  w  sonst./intersexuell  unbek.

Bei privater Krankenversicherung:  
beihilfeberechtigt:  ja  nein  
Beihilfestelle: \_\_\_\_\_ Beihilfenummer: \_\_\_\_\_

**Information an das Klinische Krebsregister:**

Patient wurde informiert und hat nicht widersprochen  
 Patient wurde nicht informiert wg. möglicher gesundheitlicher Nachteile  
 Patient verstorben

**Bei Widerspruch nicht diesen, sondern Widerspruchsbogen verwenden.**

**Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution (ggf. Stempel, falls ausreichend):**

Meldestelle: \_\_\_\_\_  
 Krankenhaus oder MVZ: \_\_\_\_\_  
 Fachabteilung oder Praxis: \_\_\_\_\_  
 PLZ Ort \_\_\_\_\_  
 Straße Haus-Nr. \_\_\_\_\_  
 Vor- u. Nachname \_\_\_\_\_  
 Lebenslange Arzt-Nr. \_\_\_\_\_ Zahnarzt-Nr. \_\_\_\_\_  
 Betriebsstätten Nr. \_\_\_\_\_ Bei KH IK-Nr. \_\_\_\_\_

**Bankdaten:**  liegen dem Krebsregister mit Einverständniserklärung vor  
 Falls noch nicht bekannt oder **geändert**, bitte separaten Erstmelderbogen nutzen.

## Therapiemeldung – Strahlentherapie

**Erkrankung, auf die sich die Therapie bezieht:**

Erstdiagnosedatum (monatsgenau): \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tumordiagnose (ICD-10) \_\_\_\_\_  
 Freitext \_\_\_\_\_

Tumorklassifikation (ICD-O): **C** \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
 links  rechts  beidseits  Mittellinie  trifft nicht zu  unbekannt  
 Freitext \_\_\_\_\_

**Morphologie:**

M				/	
M				/	

**Histopathologisches Grading:** G \_\_\_\_  trifft nicht zu

**Histologie-Einsendenummer:** \_\_\_\_\_

**Tumorkonferenz:** Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
 Typ:  prätherapeutisch  postoperativ  posttherapeutisch

**Tumorklassifikation** Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

**TNM (7. Auflage), falls abweichend bitte angeben:** \_\_\_\_\_

		T		N		M	
y/r	c/u/p	T-Klass.	(m)	c/u/p	N-Klass.	c/p	M-Klass.
<b>L</b>	<b>V</b>	<b>Pn</b>	<b>S</b>	<b>UICC-Stadium:</b>			

**Ann Arbor:** \_\_\_\_\_

**Andere Klassifikation:**  
 Name: \_\_\_\_\_ Stadium: \_\_\_\_\_

**Fernmetastasen (im zeitlichen Zusammenhang mit der Therapie)**

<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> Lunge
<input type="checkbox"/> Knochen	<input type="checkbox"/> Pleura
<input type="checkbox"/> Hirn	<input type="checkbox"/> Peritoneum
<input type="checkbox"/> Nebenniere	<input type="checkbox"/> Knochenmark
<input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> andere (OTH)
<input type="checkbox"/> Lymphknoten nicht regionär	<input type="checkbox"/> Generalisierte Metastasierung

**Intention:**  kurativ  palliativ  sonstiges

**Stellung zu operativer Therapie:**  ohne Bezug  adjuvant  neoadjuvant  intraoperativ  sonstiges

**Art der Therapie (Mehrfachauswahl möglich – Zahl bitte unten eintragen)**

① perkutane Bestrahlung (ohne Radiochemotherapie / Sensitizer)

② perkutane Bestrahlung mit Radiochemotherapie / Sensitizer Substanz(en) , von - bis: \_\_\_\_\_

③ Brachytherapie  interstitiell  endokavitär  HDR  LDR  PDR

④ Metabolische Therapie  SIRT  PRRT

**Angaben zur durchgeführten Therapie (Ausfüllhinweise siehe Rückseite – bei der Dosis bitte Einheit angeben)**

Art	Zielgebiet	LA	Seite	Einzel-dosis	Gesamtdosis	Beginn	Ende

**Nebenwirkungen:**  keine oder nur bis Grad 2

Art der NW nach CTC, Grad 3 oder höher	Auflage: _____	Grad

**Körperlicher Leistungszustand:** nach ECOG/WHO-Schlüssel oder (Karnofsky):

<input type="checkbox"/> 0 (90-100%)	<input type="checkbox"/> 2 (50-60%)	<input type="checkbox"/> 4 (10-20%)
<input type="checkbox"/> 1 (70-80%)	<input type="checkbox"/> 3 (30-40%)	

**Anmerkung**

**Grund für Ende der Therapie:**

reguläres Ende  Abbruch wegen Progress  
 Abbruch wg. Nebenwirkungen  Patient verweigert weitere Therapie  
 sonstige Gründe: \_\_\_\_\_

**Melddatum:** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Arztstempel oder Stempel der Meldestelle \_\_\_\_\_ Unterschrift Arzt/Ärztin \_\_\_\_\_

# Allgemeine Hinweise zum Umgang mit Meldebögen

## Übermittlung der Meldebögen:

Den ausgefüllten Dokumentationsbogen bitte ausdrucken, unterschreiben und per Post zusenden.

Die Adresse der zuständigen Registerstelle finden Sie auf dem allgemeinen Informationsblatt.

Der Bogen darf keinesfalls per E-Mail verschickt werden.

## Erstmalige Meldung:

Melden Sie erstmalig, füllen Sie bitte den Bogen mit den Kontakt- und Kontodaten aus. Wir benötigen Ihre Kontaktdaten sowie Ihre Bankverbindung für die Überweisung der Meldevergütung. Der Staatsvertrag verpflichtet uns, Ihre Bankdaten nach jeder Abrechnung zu löschen. Wenn Sie uns die Erlaubnis erteilen, speichern wir Ihre Bankverbindung für zukünftige Meldungen, anderenfalls benötigen wir Ihre Bankdaten bei jeder Meldung erneut.

## Für jeden Meldeanlass existiert ein speziell angepasster Bogen.

Bitte füllen Sie die Felder aus, soweit Ihnen die Informationen vorliegen. Der Meldezeitpunkt sollte so gewählt werden, dass die Meldung ausreichend vollständig ist. Für Daten, die sich im Verlauf neu ergeben können (neue Klassifikation, neue Metastasen, neue Histologie) sind auf allen Bögen entsprechende Eingabefelder vorhanden. Die zugehörigen Datumsfelder werden für die zeitliche Zuordnung unbedingt benötigt. Liegen zu den optionalen Feldern keine neuen Informationen vor, können sie leer bleiben. Es ist nicht nötig, jeweils alle Angaben zu wiederholen. Um bei Mehrfachtumoren den Tumorbezug herstellen zu können muss jedoch jeweils das Diagnosedatum (mind. monatsgenau), die Diagnose (Text/ICD10), die Lokalisation und die Histologie erneut angegeben werden.

## Widerspruch des Patienten:

Bitte beachten Sie den abweichenden Meldeumfang bei Widerspruch und verwenden Sie bitte in Abhängigkeit vom Patientenwohnsitz Berlin oder Brandenburg/anderes Bundesland den hierfür vorgesehenen Meldebogen. Widerspruch kann gegen die Meldung insgesamt oder gegen eine einzelne Meldung erfolgen.

Die Grundlagen für die Datenspeicherung sind das Krebsfrüherkennungs- und registergesetz sowie der Staatsvertrag.

Nähere Informationen entnehmen Sie bitte der Informationsschrift **<Meldeinformation/FAQs>**

## Ausfüllhinweise, Legende und Schlüssel

### Datumsangaben:

bei fehlendem Tag „00“ eingeben; bei fehlendem Monat „00“, bei fehlendem Jahr „0000“.

### Zielgebietsschlüssel

1. **ZNS:** 1.1 Ganzhirn, 1.2 Teilhirn, 1.3 Neuroachse

2. **Kopf-Hals mit/ohne Lymphknotenregion** (in Verbindung mit jeweiligem Tumor), **jeweils (+/-) angeben, je nachdem, ob der Lymphabfluss mitbestrahlt wurde.**

2.1. Orbita, 2.2. Nase/Nasennebenhöhle, 2.3. Mundhöhle, 2.4. Ohr, 2.5. Speicheldrüse, 2.6. Pharynx, 2.7. Larynx, 2.8. Schilddrüse, 2.9 Halslymphknoten (ohne Primärtumor)

3. **Thorax mit/ohne Lymphknotenregion** (in Verbindung mit jeweiligem Tumor), **jeweils (+/-) angeben, je nachdem, ob der Lymphabfluss mitbestrahlt wurde.**

3.1. Mamma als Ganzbrust, 3.2. Mamma als Teilbrust, 3.3. Brustwand (z. B. Rezidiven n. Ablatio, Sarkome), 3.4. Lunge, 3.5. Ösophagus, 3.6. Thymus

3.7. Mediastinale Lymphknoten (ohne Primärtumor)

4. **Abdomen (ohne Becken) mit/ohne Lymphknotenregion, bei Primärlokalisationen jeweils (+/-) angeben, je nachdem, ob der Lymphabfluss mitbestrahlt wurde.**

4.11. Magen, 4.2. Pankreas, 4.3. Leber, 4.4 Milz, 4.5 Niere, 4.6. Nebenniere, 4.7. Retroperitoneale Lymphknoten (ohne Primärtumor),

4.8. Retroperitoneum (z. B. Sarkome), 4.9. Bauchwand (z. B. Sarkome)

5. **Becken mit/ohne Lymphknotenregion, bei Primärlokalisationen jeweils (+/-) angeben, je nachdem, ob der Lymphabfluss mitbestrahlt wurde.**

5.1. Rektum, 5.2. Analkanal, 5.3. Harnblase, 5.4. Prostata, 5.5. Hoden, 5.6. Penis, 5.7. Uterus, Zervix, 5.8. Ovar, 5.9. Vulva, 5.10. Vagina, 5.11. Beckenwand,

5.12. Beckenlymphknoten (ohne Primärtumor)

6. **Stütz-/Bewegungsapparat:**

6.1. Schädelknochen, 6.2. Rippen, 6.3. Sternum, 6.4. HWS, 6.5. BWS, 6.6. LWS, 6.7. knöchernes Becken, 6.8. Hüfte

**Obere Extremität:** 6.9. Achsel, 6.10. Oberarm, 6.11. Unterarm, 6.12 Hand

**Untere Extremität:** 6.13. Leiste, 6.14. Oberschenkel, 6.15. Unterschenkel, 6.16. Fuß

7. **Haut:** 7.1. Primärer Hauttumor (auch kutane Lymphome), 7.2. Hautmetastasen

8. **Sonstiges:** 8.1. Ganzkörperbestrahlung, 8.2. Mantelfeldbestrahlung

### Seitenlokalisation des Zielgebietes:

L = links

R = rechts

B = beidseits

M = mittig

U = unbekannt

### Grading:

0 = malignes Melanom der Konjunktiva

1 = gut differenziert

2 = mäßig differenziert

3 = schlecht differenziert

4 = undifferenziert

X = nicht bestimmbar

L = low grade (G1 oder G2)

M = intermediate (G2 oder G3)

H = high grade (G3 oder G4)

B = Borderline

U = unbekannt

T = trifft nicht zu

### Residualstatus:

R0 = Kein Residualtumor

R1 = Mikroskopischer Residualtumor

R2 = Makroskopischer Residualtumor

R1 (is) = In-Situ-Rest

R1(cy+) = Cytologischer Rest

RX = Vorhandensein von Residualtumor kann nicht beurteilt werden

### Art der Nebenwirkung nach CTC + Schweregrad

K = keine oder höchstens Grad 2

3 = stark/ausgeprägt

4 = lebensbedrohlich

5 = tödlich

U = unbekannt

### Therapiebeurteilungen:

#### **Gesamtbeurteilung:**

V = Vollremission (complete remission, CR)

T = Teilremission/mindestens 50 % Rückgang des Tumors (partial remission, PR)

K = Keine Änderung (no change, NC), stable disease

P = Progression

D = Divergentes Geschehen

B = Klinische Besserung des Zustandes, Kriterien für Teilremission jedoch nicht erfüllt (minimal response, MR)

R = Vollremission mit residualen Auffälligkeiten (CRr)

U = Beurteilung unmöglich

#### **Beurteilung Primärtumor:**

K = Kein Tumor nachweisbar

T = Tumorreste (Residualtumor)

P = Tumorreste Residualtumor Progress

N = Tumorreste Residualtumor No Change

R = Lokalrezidiv

F = Fraglicher Befund

U = Unbekannt

#### **Beurteilung Lymphknoten:**

K = Kein Lymphknotenbefall nachweisbar

R = Neu aufgetretenes Lymphknotenrezidiv

T = Bekannter Lymphknotenbefall Residuen

P = Bekannter Lymphknotenbefall Progress

N = Bekannter Lymphknotenbefall No Change

F = Fraglicher Befund

U = Unbekannt

#### **Beurteilung Fernmetastasen:**

K = Keine Fernmetastasen nachweisbar

M = Verbliebene Fernmetastase(n)

R = Neu aufgetretene Fernmetastase(n) bzw. Metastasenrezidiv

T = Fernmetastasen Residuen

P = Fernmetastasen Progress

N = Fernmetastasen No Change

F = Fraglicher Befund

U = Unbekannt

X = Fehlende Angabe