

Krankenkasse / Versicherungsname (inkl. Vertrags-Nr. bei Privatversicherung)

Name, Vorname, Anschrift des Patienten
 _____ geb. am _____

| | | |
|--|--------------------------------|---------------|
| Kassen-Nr. | Versicherten-/ Vertrags-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Lebenslange Arzt-/Zahnarzt-Nr. | Datum |
| Titel | | Namenszusatz |
| Geburtsname | | Frühere Namen |
| Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt | | |

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

Krankenhaus oder MVZ _____
 Fachabteilung oder Praxis _____
 PLZ, Ort _____
 Straße, Hausnr. _____
 Vor- u. Nachname _____
 Lebenslange Arzt-Nr. _____ Zahnarzt-Nr. _____
 Betriebsstätten-Nr. _____ Bei KH IK-Nr. _____

Bei privater Krankenversicherung: beihilfeberechtigt: ja nein

Beihilfestelle: _____ **Beihilfenummer:** _____

 Meldedatum _____ Unterschrift/Signatur _____

Therapiemeldung - Nuklearmedizin

TUMORZUORDNUNG

Erstdiagnosedatum Primärtumor: (monatsgenau) _____

Tumordiagnose (ICD-10 GM): [] [] [] . []

Freitext: _____

Tumorklassifikation (ICD-O3): [C] [] [] . [] [] []

links rechts beidseits Mittellinie trifft nicht zu unbekannt

Freitext: _____

Morphologie (M-Code): [M] [] [] [] [] / []

AKTUELLE TUMORKLASSIFIKATION Datum: _____

TNM (8. Auflage), falls abweichend bitte angeben: _____

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

Weitere Klassifikation/en
 Name: _____ Stadium: _____

Tumorkonferenz Datum: _____

Typ: prätherapeutisch postoperativ posttherapeutisch
 Sofern vom Nuklearmediziner selbst vorgestellt.
 Kürzel der Therapie-Empfehlung/en: _____
 Abweichung auf Wunsch des Patienten: ja nein unbekannt

| <p>Für DKG-zertifizierte Zentren:</p> <p><input type="checkbox"/> Zentrumsfall/Primärfall <input type="checkbox"/> Zentrumsfall/kein Primärfall <input type="checkbox"/> kein Zentrumsfall</p> | <p>Intention:</p> <p><input type="checkbox"/> kurativ <input type="checkbox"/> lokal kurativ bei Oligometastasierung <input type="checkbox"/> palliativ <input type="checkbox"/> Sonstiges (Prophylaxe tumorrelevant)</p> | <p>Stellung zu operativer Therapie:</p> <p><input type="checkbox"/> ohne Bezug <input type="checkbox"/> adjuvant <input type="checkbox"/> neoadjuvant <input type="checkbox"/> additiv R1/R2 <input type="checkbox"/> intraoperativ <input type="checkbox"/> Sonstiges</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|---------|--|-------------|---------|--|-------|-------|--|--|--|-------|-------|--|--|
| <p>Applikationsart:</p> <p><input type="checkbox"/> MRJT = Radiojod-Therapie <input type="checkbox"/> MSIRT = selektive interne Radio-Therapie <input type="checkbox"/> MPSMA = PSMA-Therapie <input type="checkbox"/> M = sonstige metabolische Therapie: <input type="checkbox"/> MRIT = Radioimmun-Therapie <input type="checkbox"/> MRRT = Peptid-Radio-Rezeptor-Therapie <input type="checkbox"/> S = Sonstiges: _____</p> | | <p>Nuklide:</p> <p><input type="checkbox"/> J-131 <input type="checkbox"/> Sr-89 <input type="checkbox"/> Ru-106 <input type="checkbox"/> Co-60 <input type="checkbox"/> Ir-192 <input type="checkbox"/> Ac-225 <input type="checkbox"/> Tb-161 <input type="checkbox"/> Y-90 <input type="checkbox"/> Ra-223 <input type="checkbox"/> Sm-153 <input type="checkbox"/> Lu-177 <input type="checkbox"/> sonst. Nuklid: _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Angaben zur durchgeführten Therapie (siehe Ausfüllhinweise)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>Zielgebiet (auszufüllen insbesondere bei lokaler Therapie)</th> <th>Beginn</th> <th>Ende (nur bei geplanter Mehrfachapplikation)</th> <th>Gesamtdosis</th> <th>Einheit</th> </tr> <tr> <td> </td> <td>-----</td> <td>-----</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td>-----</td> <td>-----</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> | | | Zielgebiet (auszufüllen insbesondere bei lokaler Therapie) | Beginn | Ende (nur bei geplanter Mehrfachapplikation) | Gesamtdosis | Einheit | | ----- | ----- | | | | ----- | ----- | | |
| Zielgebiet (auszufüllen insbesondere bei lokaler Therapie) | Beginn | Ende (nur bei geplanter Mehrfachapplikation) | Gesamtdosis | Einheit | | | | | | | | | | | | | |
| | ----- | ----- | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ----- | ----- | | | | | | | | | | | | | | | |

Nebenwirkungen: keine Grad 1 Grad 2 Unbekannt

| ab Grad 3 sind Art + Grad der NW nach CTCAE anzugeben | Grad |
|---|------|
| | |
| | |

Grund für Ende der Therapie:

reguläres Ende Patient verweigert weitere Therapie
 Abbruch wegen Progress Patient verstorben
 Abbruch wegen Nebenwirkg.

Studienteilnahme/Zusätzliche Kontakte, bei „Ja“ inkl. Datum

| | Ja | Datum | Nein | unbek. |
|-----------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|
| Studienteilnahme | <input type="checkbox"/> | ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sozialdienst | <input type="checkbox"/> | ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychoonkologische Beratung | <input type="checkbox"/> | ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Anmerkungen: (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind)