

**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:  männlich  weiblich  divers  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 - Strahlentherapie

**TUMORZUORDNUNG**

**Erstdiagnosedatum Primärtumor:** (monatsgenau) \_\_\_\_\_

**Tumordiagnose (ICD-10 GM):**

Freitext: \_\_\_\_\_

**Tumorlokalisation (ICD-O3):**

links  rechts  beidseits  Mittellinie  trifft nicht zu  unbekannt

Freitext: \_\_\_\_\_

**Morphologie (M-Code):**

**AKTUELLE TUMORKLASSIFIKATION** Datum: \_\_\_\_\_

**TNM** (8. Auflage), falls abweichend bitte angeben: \_\_\_\_\_

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

**Weitere Klassifikation/en** Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Stadium: \_\_\_\_\_

**Tumorkonferenz Datum:** \_\_\_\_\_

**Typ:**  prätherapeutisch  postoperativ  posttherapeutisch

Sofern vom Strahlentherapeuten selbst vorgestellt.

Kürzel der Therapie-Empfehlung/en: \_\_\_\_\_

Abweichung auf Wunsch des Patienten:  ja  nein  unbekannt

**Für DKG-zertifizierte Zentren:**  Zentrumsfall/Primärfall  Zentrumsfall/kein Primärfall  kein Zentrumsfall

**Intention:**  kurativ  lokal kurativ bei Oligometastasierung  palliativ  Sonstiges (Prophylaxe tumorrelevant)

**Stellung zu operativer Therapie:**  ohne Bezug  neoadjuvant  intraoperativ  adjuvant  additiv R1/R2  Sonstiges

**Applikationsart/en:** (Zutreffende ankreuzen; für jede Applikationsart und jedes Zielgebiet ist eine eigene Zeile zu befüllen)

Perkutan (Teletherapie) mit/ohne Chemoth./Sensitizer\*:  mit (**PRCJ**)  ohne (**PRCN**) ggf. Zusatz:  stereotaktisch (**ST**)  atemgetriggert (**4D**)

Kontakttherapie Art:  endokavitär  Interstitiell plus Angabe der Dosisform:  high (**HDR**)  low (**LDR**)  pulsed (**PDR**)

S = Sonstiges: \_\_\_\_\_

\*bitte melden Sie den verabreichten Sensitizer mit einem separaten Meldebogen zur Systemtherapie

**Strahlenart:**  Photonen (Rö, X)  Protonen  Schwerionen  radioaktives Nuklid: \_\_\_\_\_

Elektronen  kV-Weichteilstrahl  Neutronen  mixed beams: \_\_\_\_\_

**Angaben zur durchgeführten Therapie** (siehe Ausfüllhinweise)

Zielgebiet	Seite	Einzel dosis (Gy) ohne Boost	Gesamtdosis (Gy) mit Boost	Boost (J/N/Art)	Beginn	Ende

**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  Abbruch wegen Nebenwirkungen

Abbruch wegen Progress  Patient verweigert weitere Therapie

Zieldosis erreicht mit Pause > 3 Kalendertage  Patient verstorben

**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)

\_\_\_\_\_