

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 - 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)