

Krankenkasse/Versicherungsname (inkl. Vertrags-Nr. bei Privatversicherung)		
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:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> Divers <input type="checkbox"/> Unbekannt	

Information an das Klinische Krebsregister:
 Der Patient hat am __ . __ . ____ aktiv widersprochen.

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 _____

Melddatum: __ . __ . ____ **Unterschrift Arzt/Ärztin**
THERAPIEMELDUNG – STRAHLENTHERAPIE**Für zertifizierte Krebszentren:** Zentrumsfall/Primärfall Zentrumsfall/kein Primärfall Kein Zentrumsfall**Studienteilnahme** Ja

Einschlussdatum (wenn ja): __ . __ . ____

 Nein Unbekannt**Datum der klinischen Diagnose:** __ . __ . ____**Tumordiagnose (ICD-10):**

				.		
--	--	--	--	---	--	--

ICD-10-Version,

nur angeben, falls nicht Version des lfd. Jahres

Freitext: _____

Tumorlokalisation (ICD-O):

C				.		
----------	--	--	--	---	--	--

ICD-O-Version

nur angeben, falls nicht Version des lfd. Jahres

Freitext: _____

 Links Rechts Beidseits Mittellinie Trifft nicht zu Unbekannt
Morphologie (M-Code):

M					/		
----------	--	--	--	--	---	--	--

 Nicht bestimmt**Morphologie Freitext:** _____**Histopathologisches Grading¹:****G** ____ Trifft nicht zu**Tumorklassifikation**

Datum: __ . __ . ____

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

y/r	c/p	T-Klass.	(m)	c/p	N-Klass.	c/p	M-Klass.
__	__	T __	__	__	N __	__	M __

L __ **V** __ **Pn** __ **S** __**UICC-Stadium:** ____**Ann Arbor:** _____**Andere Klassifikation (Name):** _____**Stadium:** _____¹ Schlüssel siehe Hinweisblatt.

Fernmetastasen

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

Intention: Kurativ Palliativ Lokal kurativ bei Oligometastasierung Sonstiges

Stellung zu operativer Therapie: Ohne Bezug Adjuvant Neoadjuvant
 Intraoperativ Additiv Sonstiges

Applikationsart

(jeweilige Abkürzung bitte in der Tabelle unter „Art“ vermerken)

P	Perkutan (Teletherapie)
P-ST	Perkutan stereotaktisch
P-4D	Perkutan, atemgetriggert
P-ST4D	Perkutan, stereotaktisch, atemgetriggert
PRCN-ST	Perkutan, stereotaktisch, ohne Chemotherapie/Sensitizer
PRCN-4D	Perkutan, atemgetriggert, ohne Chemotherapie/Sensitizer
PRCN-ST4D	Perkutan, stereotaktisch, atemgetriggert, ohne Chemotherapie/Sensitizer
PRCJ	Perkutan mit Chemotherapie/Sensitizer
PRCJ-4D	Perkutan, atemgetriggert, mit Chemotherapie/Sensitizer
K	Endokavitäre Kontakttherapie
KHDR	Endokavitäre Kontakttherapie, high dose rate therapy
KLDR	Endokavitäre Kontakttherapie, low dose rate therapy
KPDR	Endokavitäre Kontakttherapie, pulsed dose rate therapy
I	Interstitielle Kontakttherapie
IHDR	Interstitielle Kontakttherapie, high dose rate therapy
ILDR	Interstitielle Kontakttherapie, low dose rate therapy
IPDR	Interstitielle Kontakttherapie, pulsed dose rate therapy
MSIRT	Selektive interne Radio-Therapie
MPRRT	Peptid-Radio-Rezeptor-Therapie
MPSMA	PSMA-Therapie
MRJT	Radiojod-Therapie
MRIT	Radioimmun-Therapie
M	Sonstige metabolische Radionuklidtherapie
S	Sonstiges

Boost

(entsprechende Abkürzung in Tabelle eintragen)

J = ja, mit Boost o. n. A. SIB = simultan integrierter Boost SEQ = sequentielle Boost
 N = nein, ohne Boost KON = konkomitanter Boost

Angaben zur durchgeführten Therapie

Art	Zielgebiet ²	Seite ³	Einzel-dosis	Gesamtdosis	Einheit ⁴	Boost	Beginn	Ende

Strahlenart

- | | | |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Photonen (ultraharte Röntgenstrahlen, inkl. Gamma-Strahler) | <input type="checkbox"/> Elektronen | <input type="checkbox"/> Neutronen |
| <input type="checkbox"/> Protonen (leichte Wasserstoffionen/H1/Leichtionen) | <input type="checkbox"/> Weichstrahl (kV) | <input type="checkbox"/> Lu-177 |
| <input type="checkbox"/> Schwerionen (schwere Kohlenstoff-Ionen/C12/Sauerstoffionen/Heliumionen) | <input type="checkbox"/> J-131 | <input type="checkbox"/> Y-90 |
| <input type="checkbox"/> Sonstige (inkl. Mixed Beams, exkl. Nuklide) | <input type="checkbox"/> Ra-223 | <input type="checkbox"/> Ac-225 |
| <input type="checkbox"/> Co-60 | <input type="checkbox"/> Sm-153 | <input type="checkbox"/> Tb-161 |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Nuklide | <input type="checkbox"/> Sr-89 | <input type="checkbox"/> Ir-192 |

² Siehe Zielgebietsschlüssel.³ L: links, R: rechts, B: beidseits, T: trifft nicht zu, U: unbekannt.⁴ Gy; GBq; MBq; kBq.

Grund für Ende der Therapie:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Reguläres Ende | <input type="checkbox"/> Abbruch wegen Nebenwirkungen | <input type="checkbox"/> Patient verweigert weitere Therapie |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Gründe | <input type="checkbox"/> Abbruch wegen Progress | <input type="checkbox"/> Zieldosis erreicht mit Unterbrechung > 3 Kalendertage |
| <input type="checkbox"/> Unbekannt | <input type="checkbox"/> Patient verstorben | |

Nebenwirkungen, die zeitlich nach Abschluss einer Therapie aufgetreten sind: Keine oder nur bis Grad 2

Datum: __. __. ____

Art der NW nach CTCAE, Grad 3 oder höher

Auflage: ____

Grad

Tumorkonferenz

Datum: __. __. ____

Typ: Prätherapeutisch Postoperativ Posttherapeutisch Therapieplanung ohne Tumorkonferenz
Empfehlung⁵:

- | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> OP | <input type="checkbox"/> IM | <input type="checkbox"/> CIZ | <input type="checkbox"/> AS |
| <input type="checkbox"/> ST | <input type="checkbox"/> ZS | <input type="checkbox"/> IZ | <input type="checkbox"/> WS |
| <input type="checkbox"/> CH | <input type="checkbox"/> CI | <input type="checkbox"/> SZ | <input type="checkbox"/> SO |
| <input type="checkbox"/> HO | <input type="checkbox"/> CZ | <input type="checkbox"/> WW | <input type="checkbox"/> KW |

Abweichung auf Wunsch des Patienten:
 Ja Nein Unbekannt
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%) | |

Genetische Variante

Bezeichnung: _____

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mutation/positiv | <input type="checkbox"/> Wildtyp/nicht mutiert/negativ | <input type="checkbox"/> Polymorphismus |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | <input type="checkbox"/> Nicht bestimmbar | <input type="checkbox"/> Unbekannt |

Zusätzliche Kontakte
Sozialdienst: Ja, am: __. __. ____ Nein

Psychoonkologische Beratung: Ja, am: __. __. ____ Nein
Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind):⁵ Legende:

OP – Operation

ST – Strahlentherapie

CH – Chemotherapie

HO – Hormontherapie

IM – Immun-/ Antikörpertherapie

ZS – zielgerichtete Substanzen

CI – Chemo- + Immun-/ Antikörpertherapie

CZ – Chemotherapie + zielgerichtete Substanzen

CIZ – Chemo- + Immun-/ Antikörpertherapie + zielgerichtete Substanzen

IZ – Immun-/Antikörpertherapie + zielgerichtete Substanzen

SZ – Stammzelltransplantation (inkl. Knochenmarktransplantation)

WW – Watchful Waiting

AS – Active Surveillance

WS – Wait and see

SO – Sonstiges

KW – keine weitere tumorspezifische Therapie empfohlen