

Titel: _____ Namenszusatz: _____

Geburtsname: _____ Frühere Namen: _____

Geschlecht m w sonst./intersexuell unbek.

Bei privater Krankenversicherung:
beihilfeberechtigt: ja nein

Beihilfestelle: _____ Beihilfenummer: _____

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: _____

Bankdaten: liegen dem Krebsregister vor

Falls noch nicht bekannt oder **geändert**, bitte separaten Erstmelderbogen nutzen.

Therapiemeldung – Strahlentherapie

Erkrankung, auf die sich die Therapie bezieht:

Diagnosedatum (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

Körperlicher Leistungszustand: nach ECOG/WHO-Schlüssel oder (Karnofsky):
 0 (90-100%) 1 (70-80%) 2 (50-60%) 3 (30-40%) 4 (10-20%)

Grund für Ende der Therapie:
 reguläres Ende Abbruch wegen Progress
 Abbruch wg. Nebenwirkungen Patient verweigert weitere Therapie
 sonstige Gründe unbekannt

Intention: kurativ palliativ sonstiges

Tumorklassifikation Datum: ____ . ____ . ____

TNM (8. 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.
		L	V	Pn	S	UICC-Stadium:	

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	_____

Nebenwirkungen: keine oder nur bis Grad 2
Art der NW nach CTC, Grad 3 oder höher **Auflage:** ____ **Grad** ____

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) Substanz(en), von- bis: _____
2 = perkutane Bestrahlung mit Radiochemotherapie / Sensitizer
3 = Brachytherapie interstitiell endokavitär HDR LDR PDR
4 = Metabolische Therapie SIRT PRRT

Angaben zur durchgeführten Therapie (Ausfüllhinweise s. Rückseite : bei Angaben zur Dosis bitte Einheit angeben)

Art	Zielgebiet	LA	Seite	Einzel-dosis	Gesamtdosis	Beginn	Ende

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

Datum: ____ . ____ . ____

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.

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.

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.

Meldezeitpunkt

Nach sächsischem Krebsregistergesetz (§5 und §16 SächsKRegG) muss die Meldung innerhalb von vier Wochen ab Vorliegen eines Meldeanlasses vollständig an das zuständige klinische Krebsregister übermittelt werden.

Ausfüllhinweise, Legende und Schlüssel

Datumsangaben:

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

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. Rezidive 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. Analbereich, 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

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

Seitenlokalisation des Zielgebietes:

L = links

R = rechts

B = beidseits

M = mittig

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

Art der Nebenwirkung nach CTC + Schweregrad

K = keine oder höchstens Grad 2

3 = stark/ausgeprägt

4 = lebensbedrohlich

5 = tödlich

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

Bei der Klassifikation sind die einschlägigen Regeln der Literatur (TNM) zu beachten.

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