

Krankenkasse / Versicherungsname Vertragsnr. (bei Privatversicherung angeben)



Name, Vorname, Anschrift des Patienten geboren am

Kassen-Nr.: Versicherten-Nr. / Vertrags-Nr. Status:

Betriebsstätten-Nr.: Lebenslange ArztNr. / ZahnarztNr.

Titel: Geburtsname:

Namenszusatz: Frühere Namen:

Geschlecht m w sonstiges unbekannt

Bei privater Krankenversicherung: beihilfeberechtigt ja nein nicht zutreffend Beihilfenummer:

Beihilfestelle:

Information über Meldepflicht und Hinweis zum Widerspruchsrecht §10 KRG-LSA: Patient informiert Patient nicht informiert Patient verstorben

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

Therapiemeldung – Strahlentherapie

Erkrankung, auf die sich die Therapie bezieht: Diagnosedatum: ICD-10

Freitext

Tumorklassifikation (ICD-O): C links rechts beidseits Mittellinie trifft nicht zu unbekannt

Freitext

Morphologie: Histopath. Grading: G

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

Tumorkonferenz: Datum: Typ: prätherapeutisch postoperativ posttherapeutisch

Tumorklassifikation Datum:

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

Table with columns for T, N, M classification and UICC-Stadium.

Ann Arbor:

Andere Klassifikation:

Name: Stadium:

Fernmetastasen (im zeitlichen Zusammenhang mit der Therapie)

- Leber Lunge Knochen Pleura Hirn Peritoneum Nebenniere Knochenmark Haut andere Lymphknt. Generalis. nicht regionär Metastasierung

Intention: kurativ palliativ sonstiges

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)

2 perkutane Bestrahlung mit Radiochemotherapie / Sensitizer Substanz(en), von - bis:

3 Brachytherapie interstitiell endokavitär HDR LDR PDR

4 Metabolische Therapie SIRT PRRT

Angaben zur durchgeführten Therapie (Ausfüllhinweise siehe Rückseite – bei der Dosis bitte Einheit angeben)

Table with columns: Art, Zielgebiet, Lymph-Abfluss, Seite, Einzeldosis, Gesamtdosis, Beginn, Ende

Nebenwirkungen: keine oder nur bis Grad 2

Table with columns: Art der NW nach CTC, Grad 3 oder höher, Auflage, Grad

Grund für Ende der Therapie:

- reguläres Ende Abbruch wegen Progress Abbruch wg. Nebenwirkungen Patient verweigert weitere Therapie sonstige Gründe:

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

Meldedatum:

Arztstempel oder Stempel der Meldestelle Unterschrift Arzt/Ärztin

# Allgemeine Hinweise zum Umgang mit Meldebögen

## Übermittlung der Meldebögen:

**Postalisch:** Den ausgefüllten Dokumentationsbogen bitte ausdrucken, unterschreiben und per Post zusenden.

Die Adresse der zuständigen Regionalstelle finden Sie auf unserer Internetseite <http://kk-r-lsa.de/>.

**Elektronisch:** Der elektronisch ausgefüllte Meldebogen (pdf) kann verschlüsselt an das Krebsregister übermittelt werden.

Setzen Sie sich hierfür mit unserer IT-Abteilung (informatik@kk-r-lsa.de) in Verbindung.

## Information über Meldepflicht und Hinweis zum Widerspruchsrecht §10 KRG-LSA:

**Patient informiert** d.h. Patient wurde durch Aushändigung des Informationsblattes über die beabsichtigte Meldung und den Zweck der Meldung informiert und auf sein Widerspruchsrecht hingewiesen.

**Patient nicht informiert** d.h. von der Information wurde abgesehen da die Gefahr einer anderenfalls eintretenden erheblichen Gesundheitsverschlechterung bestand.

**Patient verstorben** d.h. Patient konnte nicht informiert werden da er vorher verstorben ist.

## 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. Für Daten, die sich im Verlauf neu ergeben können (neue Klassifikation, neue Metastasen, neue Histologie) sind auf allen Bögen entsprechende Eingabefelder vorhanden. Die zugehörigen Datumsfelder werden für die zeitliche Zuordnung unbedingt benötigt. Liegen zu den optionalen Feldern keine neuen Informationen vor, können sie leer bleiben. Es ist nicht nötig, jeweils alle Angaben zu wiederholen.

## Ausfüllhinweise, Legende und Schlüssel

**Datumsangaben:** Die Jahreszahlen sind grundsätzlich 4-stellig anzugeben. 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. Rezidiven 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

### Seitenlokalisierung des Zielgebietes:

L = links

R = rechts

B = beidseits

M = mittig

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

### 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

### Art der Nebenwirkung nach CTC + Schweregrad

K = keine oder höchstens Grad 2

3 = stark/ausgeprägt

4 = lebensbedrohlich

5 = tödlich

U = unbekannt

### 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

#### **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