

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

Patient informiert Patient nicht informiert Patient verstorben

Krankenkasse / Versicherungsname (inkl. Vertrags-Nr. bei Privatversicherung)

Name, Vorname, Anschrift des Patienten

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Straße _____ Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

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

Titel _____ Namenszusatz _____

Geburtsname _____ Frühere Namen _____

Geschlecht: männlich weiblich divers unbekannt

Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution

Krankenhaus oder MVZ _____

Fachabteilung oder Praxis _____

PLZ, Ort _____

Straße, Hausnr. _____

Vor- u. Nachname _____

Lebenslange Zahn-/Arzt-Nr. _____

Betriebsstätten-Nr. _____ Bei KH IK-Nr. _____

Bei privater Krankenversicherung: beihilfeberechtigt: ja nein

Beihilfestelle: _____ **Beihilfenummer:** _____

Datum _____ Unterschrift/Signatur _____

Bei elektronischer Übermittlung ist das Dokument ohne Unterschrift gültig.

Therapiemeldung - Strahlentherapie

TUMORZUORDNUNG

Erstdiagnosedatum Primärtumor: (tag- oder monatsgenau) _____

Tumordiagnose (ICD-10 GM): [][][][] . []

Freitext: _____

Tumorlokalisation (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 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) mit Boost	Gesamt dosis (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)