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

☐ Patient informiert ☐ Patient nicht informiert ☐ Patient verstorben

KLINISCHE KREBSREGISTER Sachsen-Anhalt GmbH

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	M-Klass.
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: ☐ endo**K**avitär ☐ **I**nterstitiell 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	Einzeldosis (Gy) mit Boost	Gesamtdosis (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 Progress
☐ Zieldosis erreicht mit Pause > 3 Kalendertage
☐ Abbruch wegen Nebenwirkungen
☐ Patient verweigert weitere Therapie
☐ Patient verstorben

Studienteilnahme/Zusätzliche Kontakte, bei „Ja" inkl. Datum

	Ja	Datum	Nein	unbek.
Studienteilnahme	☐	_ _. _ _. _ _ _ _	☐	☐
Sozialdienst	☐	_ _. _ _. _ _ _ _	☐	☐
Psychoonkologische Beratung	☐	_ _. _ _. _ _ _ _	☐	☐

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