

Krankenkasse / Versicherungsname		Vertrags-Nr. (nur bei Privatversicherung angeben)	
		□□.□□.□□□□□□	
Name, Vorname des Patienten		geb. am	
Anschrift des Patienten			
Kassen-Nr.:	Versicherten-Nr. / Vertrags-Nr.:	Status:	
Betriebsstätten-Nr.:	Lebenslange ArztNr. / ZahnarztNr.:	Datum:	
Titel		Namenszusatz	
Geburtsname		Frühere Namen	
Geschlecht: männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> sonst./intersexuell <input type="checkbox"/> unbek. <input type="checkbox"/>			
Bei privater Krankenversicherung:			
beihilfeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Beihilfestelle:		Beihilfenummer:	

Information an das Klinische Krebsregister:	
<input type="checkbox"/> Patient wurde informiert und hat nicht widersprochen	
<input type="checkbox"/> Patient wurde nicht informiert wg. möglicher gesundheitlicher Nachteile	
<input type="checkbox"/> Patient verstorben	
Bei Widerspruch nicht diesen, sondern Widerspruchsbogen verwenden.	
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	_____
Lebenslange Arzt-Nr.	_____ Zahnarzt-Nr. _____
Betriebsstätten Nr.	_____ Bei KH IK-Nr. _____
Bankdaten: <input type="checkbox"/> liegen dem Krebsregister mit Einverständniserklärung vor Falls noch nicht bekannt oder geändert , bitte separaten Erstmelderbogen nutzen.	

Therapiemeldung – Strahlentherapie

Erkrankung, auf die sich die Therapie bezieht:	
Diagnosedatum (monatsgenau):	
□□.□□.□□□□	Monat Jahr
Tumordiagnose (ICD-10)	
□□□□.□□	
Freitext	
Tumorlokalisation (ICD-O):	
C □□□□.□□□□	
<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseits <input type="checkbox"/> Mittellinie <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <input type="checkbox"/> unbek.	
Freitext	
Morphologie:	
M □□□□□□ / □□	
M □□□□□□ / □□	
Histopathologisches Grading: G _____ <input type="checkbox"/> trifft nicht zu	
Histologie- Einsendenummer:	
Tumorkonferenz Datum: □□.□□.□□□□□□	
Typ: <input type="checkbox"/> prätherapeutisch <input type="checkbox"/> postoperativ <input type="checkbox"/> posttherapeutisch	

Tumorklassifikation Datum: □□.□□.□□□□□□							
TNM (7. Auflage), falls abweichend bitte angeben: _____							
y/r	c/u/p	T	(m)	c/u/p	N	c/p	M
L	V	T-Klass.	Pn	S	N-Klass.	UICC-Stadium:	M-Klass.
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	□□.□□.□□□□

Intention: <input type="checkbox"/> kurativ <input type="checkbox"/> palliativ <input type="checkbox"/> sonstiges							
Stellung zu operativer Therapie: <input type="checkbox"/> ohne Bezug <input type="checkbox"/> adjuvant <input type="checkbox"/> neoadjuvant <input type="checkbox"/> intraoperativ <input type="checkbox"/> sonstiges							
Art der Therapie (Mehrfachauswahl möglich – Zahl bitte unten eintragen)							
① perkutane Bestrahlung (ohne Radiochemotherapie / Sensitizer)							
② perkutane Bestrahlung <u>mit</u> Radiochemotherapie / Sensitizer Substanz(en) , von - bis: _____							
③ Brachytherapie <input type="checkbox"/> interstitiell <input type="checkbox"/> endokavitär <input type="checkbox"/> HDR <input type="checkbox"/> LDR <input type="checkbox"/> PDR							
④ Metabolische Therapie <input type="checkbox"/> SIRT <input type="checkbox"/> PRRT							
Angaben zur durchgeführten Therapie (Ausfüllhinweise siehe Rückseite – bei der Dosis bitte Einheit angeben)							
Art	Zielgebiet	LA	Seite	Einzel-dosis	Gesamtdosis	Beginn	Ende

Nebenwirkungen: <input type="checkbox"/> keine oder nur bis Grad 2	
Art der NW nach CTC, Grad 3 oder höher	Auflage: _____ Grad
Grund für Ende der Therapie:	
<input type="checkbox"/> reguläres Ende	<input type="checkbox"/> Abbruch wegen Progress
<input type="checkbox"/> Abbruch wg. Nebenwirkungen	<input type="checkbox"/> Patient verweigert weitere Therapie
<input type="checkbox"/> sonstige Gründe	_____

Körperlicher Leistungszustand: nach ECOG/WHO-Schlüssel oder (Karnofsky):	
<input type="checkbox"/> 0 (90-100 %)	<input type="checkbox"/> 2 (50-60 %)
<input type="checkbox"/> 1 (70-80 %)	<input type="checkbox"/> 3 (30-40 %)
<input type="checkbox"/> 4 (10-20%)	
Anmerkung	
Meldedatum: □□.□□.□□□□□□	
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.

Die Adresse der zuständigen Registerstelle finden Sie auf dem allgemeinen Informationsblatt.

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. Der Staatsvertrag verpflichtet uns, Ihre Bankdaten nach jeder Abrechnung zu löschen. Wenn Sie uns die Erlaubnis erteilen, speichern wir Ihre Bankverbindung für zukünftige Meldungen, anderenfalls benötigen wir Ihre Bankdaten bei jeder Meldung erneut.

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. Um bei Mehrfachtumoren den Tumorbezug herstellen zu können muss jedoch jeweils das Diagnosedatum (mind. monatsgenau), die Diagnose (Text/ICD10), die Lokalisation und die Histologie erneut angegeben werden.

Widerspruch des Patienten:

Bitte beachten Sie den abweichenden Meldeumfang bei Widerspruch und verwenden Sie bitte in Abhängigkeit vom Patientenwohnsitz Berlin oder Brandenburg/anderes Bundesland den hierfür vorgesehenen Meldebogen. Widerspruch kann gegen die Meldung insgesamt oder gegen eine einzelne Meldung erfolgen.

Die Grundlagen für die Datenspeicherung sind das Krebsfrüherkennungs- und registergesetz sowie der Staatsvertrag.

Nähere Informationen entnehmen Sie bitte der Informationsschrift <Meldeinformation/FAQs>

Ausfüllhinweise, Legende und Schlüssel

Datumsangaben: bei fehlendem Tag „00“ eingeben; bei fehlendem Monat „00“, bei fehlendem Jahr „0000“.

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.

4.1.1. 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