

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname und Anschrift des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. (BSNR) Arzt-Nr. (IKNR) Meldedatum

Geburtsname

Frühere Namen

Land (wenn nicht Deutschland)

Geschlecht männlich weiblich sonstiges/intersexuell unbekannt

Bei privater Krankenversicherung beihilfeberechtigt: ja nein
 Beihilfestelle: Beihilfenummer:

Bitte diesen Bogen ausgefüllt an die für Sie zuständige Registerstelle schicken!

Meldebogen Strahlentherapie Klinisches Krebsregister M-V



Informationen über Meldepflicht und Hinweis zum Widerspruchsrecht §4 KrebsRG M-V

Patient informiert

Patient nicht informiert, wegen möglicher gesundheitlicher Nachteile

Patient verstorben

Melderdaten: (ggf. Stempel, falls ausreichend; bei erstmaliger Meldung oder Veränderung der Bankdaten füllen Sie bitte den Bogen „Melderdaten“ aus)

Krankenhaus/MVZ: _____

Fachabteilung/Praxis: _____

Name: _____

Adresse: _____

Hausarzt (betreuend): _____

Facharzt (betreuend): _____

Erkrankung, auf die sich die Therapie bezieht

Diagnosedatum: ICD-10: _____

Freitext: _____

ICD-10-Version (nur falls nicht Version des lfd. Jahres): _____

Tumorlokalisation (ICD-O): C _____ . _____

ICD-O-Version (nur falls nicht Version des lfd. Jahres): _____

Seitenlokalisation

links rechts beidseitig Mittellinie trifft nicht zu unbekannt

Freitext: _____

Morphologie: _____ **Histopathologisches Grading** G _____

Körperlicher Leistungszustand nach ECOG (Karnofsky)

0 (90-100%) 1 (70-80%) 2 (50-60%) 3 (30-40%) 4 (10-20%) unbekannt

Tumorkonferenz: Datum:

Typ: prätherapeutisch postoperativ posttherapeutisch

Datum der Tumorklassifikation:

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

		T		N		M	
a/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: _____

Lokalisation und Datum der diagnostischen Sicherung von Fernmetastasen

<input type="checkbox"/> Haut	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Lymphknoten (nicht regionär)	<input type="text"/> . <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Hirn	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nebenniere	<input type="text"/> . <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Knochen	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Peritoneum	<input type="text"/> . <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Knochenmark	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pleura	<input type="text"/> . <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Leber	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> andere	<input type="text"/> . <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Lunge	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Generalisierte Metastasierung	<input type="text"/> . <input type="text"/>

Intention der Strahlentherapie: kurativ palliativ sonstiges unbekannt keine Angabe

Stellung zu operativer Therapie: ohne Bezug adjuvant neoadjuvant intraoperativ sonstiges

Art der Therapie

Applikationsart	Zielgebiet	Zielgebiet-Seite	L = links R = rechts B = beidseits M = mittig	Einzel dosis (bitte Einheit angeben!)	Gesamt dosis (bitte Einheit angeben!)	Beginn	Ende
s. Rückseite „Strahlentherapie Applikationsart“	s. Rückseite „Strahlentherapie Zielgebiet“						
<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>
<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>
<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>

Nebenwirkungen: keine

Art der Nebenwirkungen nach CTC s. Rückseite „Nebenwirkungsschlüssel“	Auflage	Grad
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Grund für Ende der Therapie

reguläres Ende Patient verweigert weitere Therapie

Abbruch wegen Nebenwirkungen unbekannt

Abbruch wegen Progress

sonstige Gründe _____

Meldedatum:

Anmerkungen:

Arztstempel oder Stempel der Meldestelle _____ **Unterschrift** _____

Allgemeine Hinweise zum Umgang mit Meldebögen

Übermittlung der Meldebögen:

Postalisch: Den ausgefüllten Dokumentationsbogen bitte ausdrucken, unterschreiben und per Post zusenden. Die Adresse der zuständigen Registerstelle finden Sie auf unserer Internetseite <http://kkv-mv.de>.

Elektronisch: Der elektronische Versand der ausgefüllten Meldebögen (pdf) darf ausschließlich verschlüsselt (z.B. 7zip) an das Krebsregister erfolgen.

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.

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.

Widerspruch des Patienten:

Bitte beachten Sie den abweichenden Meldeumfang bei Widerspruch, der Datenerfassung epidemiologischen Krebsregistrierung kann nicht widersprochen werden.

Ausfüllhinweise, Legende und Schlüssel (JULI 2018; ICD-GM (ICD-10); ICD-GM (ICD-O))

Histopathologisches Grading	Nebenwirkungen nach CTC + Schweregrad
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	K = keine oder höchstens Grad 2 1 = gering/leicht 2 = mäßig/leicht 3 = stark/ausgeprägt 4 = lebensbedrohlich 5 = tödlich U = unbekannt

TNM		
TNM – Präfix:		
c = Kategorie wurde durch klinische Angaben festgestellt, bzw. erfüllt die Kriterien für p nicht		
leer = Kategorie wurde durch klinische Angaben festgestellt, bzw. erfüllt die Kriterien für p nicht		
p = Feststellung der Kategorie erfolgte durch eine pathohistologische Untersuchung		
u = Feststellung mit Ultraschall		
a = Klassifikation erfolgte durch Autopsie		
r = Klassifikation erfolgte zur Beurteilung eines Rezidivs		
y = Klassifikation erfolgte während oder nach initialer multimodaler Therapie		
TNM – m-Symbol:		
m = multiple Tumoren ohne Angabe der Zahl	Lymphgefäßinvasion:	Veneninvasion:
Zahl = Anzahl der multiplen Tumoren	LX = nicht beurteilbar	VX = nicht beurteilbar
leer = keine multiplen Tumoren	LO = keine Lymphgefäßinvasion	VO = keine Veneninvasion
	L1 = Lymphgefäßinvasion	V1 = mikroskopisch
		V2 = makroskopisch
Perineuralinvasion:		
PnX = nicht beurteilbar	Serumtumormarker:	
Pn0 = keine perineurale Invasion	SX = Werte nicht verfügbar oder entsprechende Untersuchungen nicht vorgenommen	
Pn1 = perineurale Invasion	S0 = innerhalb der normalen Grenzen	
	S1–S3 = wenigstens einer der Serumtumormarker erhöht	
	N = obere Grenze des Normalwertes	
Datumsangaben: bei fehlendem Tag „00“ eingeben; bei fehlendem Monat „00“ eingeben; bei fehlendem Jahr „0000“ eingeben		
Anmerkung: dient für alle Angaben, die mit Hilfe der angebotenen Felder nicht ausreichend dargestellt werden können		

Strahlentherapie Zielgebiet			
1 ZNS 1.01 Ganzhirn 1.02 Teilhirn 1.03 Neuroachse 2 Kopf-Hals mit/ohne Lymphknotenregion (in Verbindung mit jeweiligem Tumor) Orbita 2.02 Nase/Nasenbenhöhle 2.03 Mundhöhle 2.04 Ohr 2.05 Speicheldrüse 2.06 Pharynx 2.07 Larynx 2.08 Schilddrüse 2.09 Halslymphknoten (also ohne Primärtumor) 3 Thorax mit/ohne Lymphknotenregion (in Verbindung mit jeweiligem Tumor) 3.01 Mamma als Ganzbrust 3.02 Mamma als Teilbrust 3.03 Brustwand (z. B. Rezidiven n. Ablatio, Sarkome) 3.04 Lunge 3.05 Ösophagus 3.06 Thymus 3.07 Mediastinale Lymphknoten (also ohne Primärtumor)	4 Abdomen (ohne Becken) mit/ohne Lymphknotenregion 4.01 Magen 4.02 Pankreas 4.03 Leber 4.04 Milz 4.05 Niere 4.06 Nebenniere 4.07 Retroperitoneale Lymphknoten (also ohne Primärtumor) 4.08 Retroperitoneum (z. B. Sarkome) 4.09 Bauchwand (z. B. Sarkome) 5 Becken mit/ohne Lymphknotenregion 5.01 Rektum 5.02Analbereich 5.03Harnblase 5.04Prostata 5.054Hoden 5.06Penis 5.08Zervix 5.10Vulva 5.11Vagina 5.12Beckenwand 5.13Beckenlymphknoten (ohne Primärtumor)	6 Stütz-/Bewegungsapparat 6.01 Schädelknochen 6.02 Rippen 6.03 Sternum 6.04 HWS 6.05 BWS 6.06 LWS 6.07 Knöchernes Becken 6.08 Hüfte Obere Extremität 6.09 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 7.01 Primärer Hauttumor (auch kutane Lymphome) 7.02 Hautmetastasen	8 Sonstiges 8.01 Ganzkörperbestrahlung 8.02 Mantelfeldbestrahlung

Strahlentherapie Applikationsart (z. Bsp. KHDR)		
P = perkutan (Teletherapie) RC = Radiochemotherapie/Sensitizer M = metabolische Therapie (Radioonuklide) SIRT = Selektive interne Radio-Therapie PRRT = Peptid-Radio-Rezeptor-Therapie	K = endokavitäre Kontakttherapie (Brachytherapie)/ HDR = high dose rate therapy PDR = pulsed dose rate therapy LDR = low dose rate therapy	I = interstitielle Kontakttherapie HDR = high dose rate therapy PDR = pulsed dose rate therapy LDR = low dose rate therapy S = Sonstiges