

**Bei Privatversicherung: Versicherungsname u. Vertrags-Nr. eintragen.**

Name, Vorname, Anschrift des Patienten  
geb. am \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_

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

Betriebsstätten-Nr.: \_\_\_\_\_ Lebenslange ArztNr. / ZahnarztNr. \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_ Namenszusatz: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Frühere Namen: \_\_\_\_\_

Geschlecht  m  w  sonstiges  unbekannt

Bei privater Krankenversicherung:  
beihilfeberechtigt:  ja  nein Beihilfenummer: \_\_\_\_\_

Beihilfestelle: \_\_\_\_\_

## Klinisches Krebsregister Thüringen

**Information des Patienten über die Tumormeldung:**

Patient wurde über die Meldung informiert, kein Widerspruch  
 Ausnahme: Patient nicht informiert wegen möglicher gesundh. Nachteile  
 Keine Info, da Patient verstorben  
 Widerspruch d. Patienten gegen dauerhafte Speicherung der Identdaten

**Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution:** (ggf. Stempel, falls ausreichend)

Melder-ID (vom KKRT vergeben): \_\_\_\_\_  
Krankenhaus oder MVZ: \_\_\_\_\_  
Fachabteilung o. Praxis: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_  
Vor- u. Nachname: \_\_\_\_\_  
Lebenslange Arzt-Nr.: \_\_\_\_\_ Zahnarzt-Nr.: \_\_\_\_\_  
Betriebsstätten-Nr.: \_\_\_\_\_ Bei KH IK-Nr.: \_\_\_\_\_

## Therapiemeldung – Strahlentherapie

**Erkrankung, auf die sich die Therapie bezieht:**  
**Diagnosedatum** (monatsgenau): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **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: \_\_\_\_\_

		T		N		M	
y/r	c/u/p	T-Klass.	(m)	c/u/p	N-Klass.	c/p	M-Klass.
<b>L</b>	<b>V</b>	<b>Pn</b>	<b>S</b>	<b>UICC-Stadium:</b>			

**Ann Arbor:** \_\_\_\_\_

**Andere Klassifikation:**  
Name: \_\_\_\_\_ Stadium: \_\_\_\_\_

**Fernmetastasen** (Bitte Datum der diagnostischen Sicherung angeben)

<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:**  kurativ  palliativ  sonstige

**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: \_\_\_\_\_ 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)

Art	Zielgebiet	Lymph-Abfluss	Seite	Einzeldosis	Gesamtdosis	Beginn	Ende

**Nebenwirkungen:**  keine oder nur bis Grad 2

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**

**Melddatum:** \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_

**Arztstempel oder Stempel der Meldestelle**      **Unterschrift Arzt/Ärztin**

# Allgemeine Hinweise zum Umgang mit Meldebögen

## Übermittlung der Meldebögen:

Den ausgefüllten Dokumentationsbogen (bitte ausdrucken, falls elektronisch ausgefüllt), 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.**

## 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:** 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