

**Einwilligung zur Meldung an das Klinische und  
Epidemiologische Krebsregister**

Liegt vor  Liegt nicht vor  Abgelehnt

Patientenidentifikationsnummer:  Krankenkasse:

Telefon:  Name:

**Meldende Institution:**  
(Klinik, Abteilung, Station)

Geburtsname:  Geschlecht: w/m

Vorname:

Geburtsdatum:  Tag   Monat   Jahr     Staatsangehörigkeit

Straße:

PLZ:  Ort:

Stempel

**Tumordiagnose:** (ICD-10)

Diagnose-Datum:  Tag   Monat   Jahr

Diagnosesicherheit: (Bitte die höchste Stufe angeben)  **a=autoptisch; d=DCO; s=sonstiges; x=unbekannt**

**k=klinisch; z=zytologisch; h=histologisch**

**Hauptlokalisation:** (Lokalisation des Primärtumors nach ICD-0)

**Nebenlokalisation:** (Befall benachbarter Organe - Infiltration,  
Bitte keine Fernmetastasen)

**Seitenlokalisation**

**R = rechts**  
**L = links**  
**B = beidseits**  
**S = Systemerkrankung**  
**M = Mittellinienzone**  
**X = unbekannt**

**Frühere Tumorerkrankung(en)?** ja  nein  unbekannt

Wenn ja, welche?  
(Wenn diese einen längeren  
Zeitraum zurückliegen und keine  
retrospektive Dokumentation  
möglich ist)

1.

2.

3.

**Diagnoseanlaß:**  **T = Tumorsymptome; F = Krebsfrüherkennung (KFU); S = Selbstuntersuchung**  
**C = Screening; L = Langzeitbetreuung/Nachsorge; A = andere Untersuchungen**  
**X = unbekannt**

**Chemotherapie in der Anamnese:** ja  nein

**Strahlentherapie in der Anamnese:** ja  nein

**Wichtige Begleiterkrankungen:**

**Tumorhistologie** (nach ICD-0-3)

Pathologisches Institut:

Histologie-Einsendenummer:

**Histologie**

Tag

Monat

Jahr

(Histologie-Code ICD-0-3)

Datum:

G

Histologie-Klartext:

Anzahl der untersuchten Lymphknoten:

befallen

Sentinellymphknoten:

befallen

**Lymphgefäßinvasion:**

L0 = keine Lymphgefäßinvasion

L1 = Lymphgefäßinvasion

LX = nicht beurteilbar

**Veneninvasion:**

V0 = keine Veneninvasion

V1 = mikroskopische Veneninvasion

V2 = makroskopische Veneninvasion

VX = nicht beurteilbar

**Klinischer TNM: (6. Auflage)**

TNM:

y

cT  C

cN  C

cM  C

**Pathologischer TNM: (6. Auflage)**

TNM:

y

p  T

p  N

p  M

**Ann Arbor Klassifikation:**

Stadium	Extralymphatisch	Milz	Knochen	Knochenmark	Lunge	Leber	Gehirn	Pleura	Peritoneum	Nebenniere	Haut	Andere
<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"/>
1-4 = Stadium I-IV X = Unbekannt	K = Kein Befall E = Befall X = Unbekannt	N = Organe nicht befallen			B = Organe befallen			X = Unbekannt				
A/B-Kategorie	A =-Kategorie A	B =-Kategorie B			X = Unbekannt							

**Anderes Stadium:**

(Binet, FAB, CML, Durie und Salmon)

**Lokale Beurteilung der Residualklassifikation nach Abschluß der Primärtherapie**

LR0 = kein lokaler Residualtumor

**Gesamtbeurteilung der Residualklassifikation nach Abschluß der Primärtherapie**

R0 = kein Residualtumor

R1 = mikroskopischer R.

R2 = makroskopischer R.

RX = nicht beurteilbar

**Lokalisation von Fernmetastasen**

Datum der diagnostischen Sicherung

<input type="text"/>	Tag	Monat	Jahr	Kurzschlüssel
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Tag	Monat	Jahr	Kurzschlüssel
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Tag	Monat	Jahr	Kurzschlüssel
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Allgemeiner Leistungszustand** (nach ECOG/Karnofsky u.a. (tumorspezifisch))

- 0** = Normale, uneingeschränkte Aktivität wie vor der Erkrankung
- 1** = Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, aber gefähig;  
leichte körperliche Arbeit bzw. Arbeit im Sitzen (z.B. leichte Hausarbeit oder Büroarbeit) möglich
- 2** = Gefähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig; kann mehr als 50% der Wachzeit aufstehen
- 3** = Nur begrenzte Selbstversorgung möglich; ist 50% oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden
- 4** = Völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich; völlig an Bett oder Stuhl gebunden
- X** = Unbekannt

**Vorgesehene Maßnahmen** (Bitte die Therapie in  ankreuzen und die Intention in  ankreuzen!)

**Geplante Therapien:**

**N**

**A**

**K**

**P**

**Intention**

Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestrahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormontherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knochenmarkstransplantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stammzelltransplantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antikörper/Immuntherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychoonkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere (supportive) Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- N** = neoadjuvant
- A** = adjuvant
- K** = kurativ
- P** = palliativ

Welche?

**Wiedervorstellung zur weiteren onkologischen Behandlung**

Tag	Monat	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ort der Wiedervorstellung

Zentrumsspezifische Items oder Klartext

Datum

Unterschrift Arzt

Datum

Unterschrift Dokumentar/in

## Verschlüsselungsanweisungen

### Histopathologisches Grading

- 1 = G1 (Gut differenziert)  
2 = G2 (Mäßig differenziert)  
3 = G3/G4 (Schlecht differenziert)

- L = Low grade (G1/G2)  
H = High grade (G3)

- X = GC (Differenzierungsgrad kann nicht bestimmt werden)  
O = GO (Grading nicht vorgesehen)

Das histopathologische Grading ist für die verschiedenen Tumoren nicht einheitlich. Im allgemeinen gelten die oben angeführten Codes. Bei einigen Tumoren ist jedoch die Auswahl der Notationen eingeschränkt: Urologische Tumoren, Tumoren des Corpus uteri, Ovarialtumoren, Melanome der Konjunktiva und der Uvea. Für folgende Tumoren ist ein histopathologisches Grading nicht vorgesehen:

Schilddrüse  
Pleuramesotheliom  
Hoden  
Melanom der Haut  
Trophoblasttumoren der Schwangerschaft  
Retinoblastom

### Gleason-Score

Gleason hat 1966 eine nach mikroskopischen Kriterien bewertete Bösartigkeitsskala zur Beurteilung von Zellen aufgestellt, die mit der Einteilung des Bösartigkeitsgrades (Grading) des TNM-Systems G1 bis G3 korreliert.

- G1 = Gleason-Score 2 - 4  
G2 = Gleason-Score 5 - 7  
G3 = Gleason-Score 8 - 10

### CLL (nach Binet)

- OA = Stadium A  
OB = Stadium B  
OC = Stadium C

#### Stadium A:

Hb > 100 g/l bzw. > 6,2 mmol/l, Thrombozyten > 100 x 10<sup>9</sup>/l, weniger als 3 vergrößerte Lymphknotenregionen

#### Stadium B:

Wie A, aber 3 oder mehr vergrößerte Lymphknotenregionen

#### Stadium C:

Hb < 100 g/l bzw. < 6,2 mmol/l, Thrombozyten < 100 x 10<sup>9</sup>/l, unabhängig von der Zahl der vergrößerten Lymphknotenregionen

### CLL (nach Rai)

- 00 = Stadium 0  
01 = Stadium 1  
02 = Stadium 2  
03 = Stadium 3  
04 = Stadium 4

#### Stadium 0:

Lymphozytose im peripheren Blut  $\geq$  15 000, im Knochenmark  $\geq$  40%

#### Stadium 1:

Stadium 0, zusätzlich Lymphknotenvergrößerung

#### Stadium 2:

Stadium 0 oder 1, zusätzlich Hepato- und/oder Splenomegalie

#### Stadium 3:

Stadium 0, 1 oder 2, zusätzlich Anämie (Hb < 110 g/l bzw. < 6,3 mmol/l oder Hämatokrit < 33%)

#### Stadium 4:

Stadium 0, 1, 2 oder 3, zusätzlich Thrombopenie (< 100 x 10<sup>9</sup>/l)

## Chronische Myeloische Leukämie (CML)

- OC = Chronische Phase  
OA = Akzelerierte Phase  
OB = Blastenphase

### Akute Leukämie (nach FAB)

Die akute Leukämie wird nach der FAB-Klassifikation verschlüsselt. Dabei kennzeichnen M1-M7 Subtypen der akuten nicht-lymphatischen Leukämie.

- L1- L3 solche der akuten lymphatischen Leukämie (ALL):  
L1 = L1 Vorw. kleinzellige ALL  
L2 = L2 Großzellig-heterogene ALL  
L3 = L3 Burkittzell-Leukämie  
00 = M0 Blastär-undifferenzierte AML  
10 = M1 Akute myeloblastische L. ohne Ausreifung  
20 = M2 Akute myeloblastische L mit Ausreifung  
2B = M2-Baso Akute myeloblastische L. mit Ausreifung und basophilen Blasten  
30 = M3 Akute Promyelozyten-L. o.n.A. 3H = M3-hyper- Hypergranuläre akute Promyelozyten-Leukämiegranulär  
3V = M3- (M3-hypogranulär) Mikrogranuläre akute Promyelozytenvariant Leukämie  
40 = M4 Akute myelomonozytäre Leukämie  
4E = M4-Eo Akute myelomonozytäre L mit Eosinophilie  
50 = M5 Akute Monozytenleukämie o.n.A.  
5A = M5a Akute Monoblasten-Leukämie  
5B = M5b Akute promonozytär-monozytäre Leukämie  
60 = M6 Akute Erythroleukämie  
70 = M7 Akute Megakaryozyten-Leukämie

### Multiples Myelom (nach Durie und Salmon)

Multiple Myelome werden nach der Klassifikation von Durie und Salmon erfaßt. Man unterscheidet dabei drei Stadien sowie ein Supplement für die Nierenfunktion:

#### Stadium (erste Stelle)

- 1 = Stadium 1  
2 = Stadium 2  
3 = Stadium 3

#### Stadium 1:

Alle der folgenden Kriterien erfüllt:  
Hämoglobin > 100 g/l bzw. > 6,2 mmol/l  
Serumkalzium normal ( $\leq$  12 mg/dl bzw.  $\leq$  3,0 mmol/l)  
Röntgenbild normal oder höchstens ein solitäres Plasmozytom  
Paraproteinkonzentration IgG < 5 g/dl IgA < 3 g/dl  
Bence-Jones-Proteinurie < 4 g/24 h

#### Stadium 2:

Kriterien von Stadium 1 und 3 nicht erfüllt.

#### Stadium 3:

Eines oder mehrere der folgenden Kriterien erfüllt:  
Hämoglobin < 85 g/l bzw. < 5,2 mmol/l  
Serumkalzium > 12 mg/dl bzw. > 3,0 mmol/l  
ausgedehnte Osteolysen  
Paraproteinkonzentration: IgG > 7 g/dl. IgA > 5 g/dl  
Bence-Jones-Proteinurie > 12 g/24 h

#### Nierenfunktion (zweite Stelle)

- A = Normale Nierenfunktion (Serumkreatinin < 2 mg/dl)  
B = Gestörte Nierenfunktion (Serumkreatinin  $\geq$  2 mg/dl)

#### Lokalisation von Fernmetastasen

- PUL = Lunge  
OSS = Knochen  
HEP = Leber  
BRA = Hirn  
LYM = Lymphknoten  
MAR = Knochenmark  
PLE = Pleura  
PER = Peritoneum  
ADR = Nebennieren  
SKI = Haut  
OTH = Andere Organe  
GEN = Generalisierte Metastasierung

**Untersuchungs-Datum:** Tag   Monat   Jahr     stationär  ambulant

**Zustand nach Primärtherapie**  **Beginn der Primärtherapie** Tag   Monat   Jahr

**Zustand nach Rezidivtherapie**  **Beginn der Rezidivtherapie** Tag   Monat   Jahr

(Bitte die Therapie in  ankreuzen und die Intention in  ankreuzen!)

Therapien:	Therapie							
	Primärtherapie		Rezidivtherapie		aktuelle		geplante	
Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestrahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormontherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knochenmarkstransplantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stammzelltransplantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antikörper/Immuntherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychoonkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere (supportive) Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Welche?**

**Intention N = neoadjuvant A = adjuvant K = kurativ P = palliativ**

**Untersuchungsanlaß:**

Nachsorge <input type="checkbox"/>	Therapie <input type="checkbox"/>
palliative Betreuung <input type="checkbox"/>	ärztl. Betreuung/onk. Beratung <input type="checkbox"/>
Diagnostik <input type="checkbox"/>	Zweitmeinung <input type="checkbox"/>
	Symptome <input type="checkbox"/>
	Planung <input type="checkbox"/>

**Allgemeiner Leistungszustand** (nach ECOG/Karnofsky u.a. (tumorspezifisch))

**Untersuchungen:**

Körperliche Untersuchungen <input type="checkbox"/>	CT <input type="checkbox"/>	Mammographie <input type="checkbox"/>
Röntgen <input type="checkbox"/>	Kernspintomographie (NMR) <input type="checkbox"/>	Chirurgische Exploration <input type="checkbox"/>
Labor <input type="checkbox"/>	Szintigraphie <input type="checkbox"/>	Histo-/Zytologie <input type="checkbox"/>
Sonographie <input type="checkbox"/>	PET <input type="checkbox"/>	
Doppler <input type="checkbox"/>	Endoskopie <input type="checkbox"/>	

**Gesamtbeurteilung des Tumorstatus:**

Tumorfrei

Vollremission (Verschwinden des Tumors/Resttumors durch Radiatio und/oder Chemo)

Teilremission (Rückgang aller Tumormanifestationen um mind. 50%)

no change (Tumorrückgang < 50% oder Zunahme < 25%)

Progression (Tumorstadium > 25% und/oder Fortschritt der Tumorerkrankung)

Beurteilung nicht möglich --> Grund:

**Tumorausbreitung:**

**T** = Tumornachweis; **K** = kein Tumornachweis; **R** = Rezidiv; **F** = fraglicher Befund

(Bitte die TU-Ausbreitung in  und die Nachweisuntersuchungen in  eintragen!)

Primärtumor

regionäre LK

**Nachweisuntersuchung**

**KU** = Körperl. Untersuchung  
**RÖ** = Röntgen  
**LA** = Labor  
**SO** = Sonographie  
**DO** = Doppler  
**CT** = Computertomographie  
**NM** = Kernspintomographie  
**SZ** = Szintigraphie  
**PT** = Positronen-Emissions-Tomo.  
**EN** = Endoskopie  
**MA** = Mammographie  
**CH** = Chirurg. Exploration  
**HI** = Histo-/Zytologie

		Tag	Monat	Jahr
Fern LK	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Lunge	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Leber	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hirn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pleura	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Haut	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Knochen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nebenniere	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Peritoneum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Milz	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ovar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Knochenmark	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Andere, welche?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**Abweichungen von Leitlinien:**

ja  nein

Begründung:

**Interdisziplinäre Fallvorstellung online durchgeführt:**

ja  nein

Begründung:

**Mikroskopische Sicherung der Malignität vor Operation**

H = Ja, Histologie; Z = Ja, Zytologie; K = Keine mikroskopische Sicherung der Malignität; X = Unbekannt

**Operationen**

**Ziel: K = Kurativ; P = Palliativ; D = Diagnostisch**

		OP-Datum				Ziel
		Tag	Monat	Jahr		
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	OPS-2006 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>					
	Name des Operateurs: <input type="text"/>					
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	OPS-2006 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>					
	Name des Operateurs: <input type="text"/>					
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	OPS-2006 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>					
	Name des Operateurs: <input type="text"/>					
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	OPS-2006 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>					
	Name des Operateurs: <input type="text"/>					
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	OPS-2006 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>					
	Name des Operateurs: <input type="text"/>					

**Komplikationen**

ja  nein

Wenn ja, welche?

	Zielgebiet/Seite	Applik.Art	
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>P</b> = Percutan (Tele/Brachytherapie) <b>K</b> = endokavitäre Kontakttherapie <b>I</b> = interstitielle Kontakttherapie <b>M</b> = Metabolische Th. (radionuclide) <b>A</b> = afterloading
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

	Beginn			Ende		
	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	Gesamtdosis (Gy/Gbq)						
1.	<input type="text"/>	2.	<input type="text"/>	3.	<input type="text"/>	4.	<input type="text"/>

Intention: kurativ  palliativ  adjuvant  neoadjuvant

Beendigung der Strahlentherapie

Abbruch wegen Nebenwirkungen  reguläres Ende  Pat. verw. Therapie

**Nebenwirkungen nach CTC (Common Toxicity Criteria)**  
(0 = keine; 1 = gering/leicht; 2 = mäßig/deutlich; 3 = stark/ausgeprägt; 4 = lebensbedrohlich; X = Grad der Nebenwirkungen unbekannt)

Laborwerte <input type="checkbox"/>	Gastrointestinaltrakt <input type="checkbox"/>	Herz/Kreislauf <input type="checkbox"/>	Lunge/Kehlkopf <input type="checkbox"/>
Niere/Blase <input type="checkbox"/>	Nervensystem <input type="checkbox"/>	Sinnesorgane <input type="checkbox"/>	Endokrines System <input type="checkbox"/>
Haut/Allergie <input type="checkbox"/>	Fieber/Infektion <input type="checkbox"/>	Allgemeinsymptome <input type="checkbox"/>	Allgemeinzustand <input type="checkbox"/>
			Sonstige <input type="checkbox"/>



Chemotherapie       Hormontherapie       Antikörper/ Immuntherapie

**Intention:** kurativ       palliativ       adjuvant       neoadjuvant

**Protokoll:**       **Zyklen:** geplant       durchgeführt

Tag      Monat      Jahr

Beginn

Substanzen	Dosisreduktion		Einzeldosis	Menge der Absolutdosis	Einheit
	Ja	Nein			
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Unterbrechung:** vom           bis

**Gründe der Unterbrechung:**

**Beendigung der Systemischen Therapie:**

Datum

reguläres Ende       Abbruch wegen Nebenwirkungen       Patient verweigert Therapie

sonstige Gründe

**Erfolg:** Vollremission       Teilremission       keine Änderung       Progression

nicht beurteilbar       unbekannt

**Nebenwirkungen:** Bitte WHO-Grade (0 - 4; X = unbekannt) eintragen!

HB <input type="checkbox"/>	Leuko <input type="checkbox"/>	Granuloz <input type="checkbox"/>	Thrombo <input type="checkbox"/>
GOT/GPT <input type="checkbox"/>	AP <input type="checkbox"/>	Schleimh. <input type="checkbox"/>	Übelkeit <input type="checkbox"/>
Kreatinin <input type="checkbox"/>	Proteinurie <input type="checkbox"/>	Hämaturie <input type="checkbox"/>	Lunge <input type="checkbox"/>
Haut <input type="checkbox"/>	Haar <input type="checkbox"/>	Infektionen <input type="checkbox"/>	Herzrhythmus <input type="checkbox"/>
Periph. Nerven <input type="checkbox"/>	Obstipation <input type="checkbox"/>	Schmerzen <input type="checkbox"/>	Herzfunktion <input type="checkbox"/>
Blutungen <input type="checkbox"/>	Diarrhoe <input type="checkbox"/>	Fieber <input type="checkbox"/>	Perikarditis <input type="checkbox"/>
Bilirubin <input type="checkbox"/>	Harnstoff <input type="checkbox"/>	Allergie <input type="checkbox"/>	Bewußtsein <input type="checkbox"/>

**WHO-Grade:**  
**0** = Keine Nebenwirkungen, **1** = Geringe Nebenwirkungen, **2** = Allgemeinbefinden verschlechtert,  
**3** = Unterbrechung notwendig, **4** = Stationäre Krankenhausbehandlung notwendig, **X** = Nebenwirkungen unbekannt

**Gleichzeitig Strahlentherapie?** ja       nein

<b>Nachsorge abgeschlossen:</b>	<input type="checkbox"/>		Tag	Monat	Jahr						
		Letzter Kontakt	<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"/>

<b>Nachsorge abgebrochen:</b>	<input type="checkbox"/>		Tag	Monat	Jahr						
		Letzter Kontakt	<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"/>
Patient wünscht keine weitere Nachsorge	<input type="checkbox"/>										
Patient ist nicht mehr erschienen	<input type="checkbox"/>										

<b>Gesamtbeurteilung des Tumorstatus</b>											
<input type="checkbox"/>	Tumorfrei										
<input type="checkbox"/>	Vollremission ( Verschwinden des Tumors/Resttumors durch Radiatio und/oder Chemo)										
<input type="checkbox"/>	Teilremission (Rückgang aller Tumormanifestationen um mindestens 50%)										
<input type="checkbox"/>	no change (Tumorrückgang <50% oder Zunahme < 25%)										
<input type="checkbox"/>	Progression (Tumorzunahme >25% und/oder Fortschritt der Tumorerkrankung)										
<input type="checkbox"/>	Beurteilung nicht möglich										

<b>Vitalstatus:</b>		Tag	Monat	Jahr							
	Datum	<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"/>

<b>Patient verstorben:</b>		Tag	Monat	Jahr							
	Todesdatum	<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="checkbox"/>	Todesursache tumorbedingt	<input type="checkbox"/>	fraglich								
<input type="checkbox"/>	andere Todesursache	<input type="checkbox"/>	unbekannt								

<b>Autopsie durchgeführt?</b>	<input type="checkbox"/>	J = Ja; N = Nein; X = Unbekannt									
-------------------------------	--------------------------	---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Arzt

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Dokumentar/in

		Tag	Monat	Jahr								
		Datum der Autopsie	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>								
		<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>								
<b>TNM-Klassifikation</b>	y     r	aT	( <input style="width: 40px;" type="text"/> )	r								
<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	aM <input style="width: 40px;" type="text"/>								
<b>Ann Arbor Klassifikation: (Pathologisch)</b>												
Stadium	Extralymphatisch	Milz	Knochen	Knochen- mark	Lunge	Leber	Gehirn	Pleura	Peri- toneum	Neben- niere	Haut	Andere
<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>
1-4 = Stadium I-IV X = Unbekannt		N = Organe nicht befallen		B = Organe befallen			X = Unbekannt					
<b>Sonstige Klassifikation</b>											<b>Stadium</b> <input style="width: 40px;" type="text"/>	
Bitte Klartext, falls nicht oben verschlüsselt												

<b>Tumorhistologie</b>		Pathologisches Institut: <input style="width: 600px;" type="text"/>		
		Tag	Monat	Jahr
<b>Histologie</b>		Datum	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>
		<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>
		Anzahl der untersuchten Lymphknoten		befallen
		<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>
<b>Lymphgefäßinvasion (Lymphangiosis carcinomatosa):</b>				
L0 = keine Lymphgefäßinvasion		<input style="width: 40px;" type="text"/>	L1 = Lymphgefäßinvasion	<input style="width: 40px;" type="text"/>
		<input style="width: 40px;" type="text"/>	LX = nicht beurteilbar	<input style="width: 40px;" type="text"/>
		<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>
<b>Veneninvasion:</b>				
VO = keine V.		<input style="width: 40px;" type="text"/>	V1 = mikroskopische V.	<input style="width: 40px;" type="text"/>
		<input style="width: 40px;" type="text"/>	V2 = makroskopische V.	<input style="width: 40px;" type="text"/>
		<input style="width: 40px;" type="text"/>	VX = nicht beurteilbar	<input style="width: 40px;" type="text"/>

<b>Tumorausbreitung:</b>		T = Tumornachweis; K = kein Tumornachweis; R = Rezidiv; F = fraglicher Befund; X = unbekannt			
(Bitte die TU-Ausbreitung in <input style="width: 30px;" type="text"/> eintragen!)		<b>Fernmetastasen:</b>			
Primärtumor	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Fern LK	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Knochen	<input style="width: 40px;" type="text"/>
regionäre LK	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Lunge	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Nebenniere	<input style="width: 40px;" type="text"/>
		Leber	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Peritoneum	<input style="width: 40px;" type="text"/>
		Hirn	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Milz	<input style="width: 40px;" type="text"/>
		Pleura	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Ovar	<input style="width: 40px;" type="text"/>
		Haut	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Knochenmark	<input style="width: 40px;" type="text"/>
Andere, welche?		<input style="width: 300px;" type="text"/>			

Datum

Unterschrift Arzt

Datum

Unterschrift Dokumentar/in