

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

Patient informiert Patient nicht informiert Patient verstorben

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 - Nuklearmedizin

TUMORZUORDNUNG

Erstdiagnosedatum Primärtumor: (tag- oder monatsgenau) _____

Tumordiagnose (ICD-10 GM): [][][][] . [][]

Freitext: _____

Tumorklassifikation (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
L	V	Pn	S	UICC-Stadium:		

Weitere Klassifikation/en

Name: _____ Stadium: _____

Tumorkonferenz Datum: _____

Typ: prätherapeutisch postoperativ posttherapeutisch

Sofern vom Nuklearmediziner selbst vorgestellt.

Kürzel der Therapie-Empfehlung/en: _____

Abweichung auf Wunsch des Patienten: ja nein unbekannt

<p>Für DKG-zertifizierte Zentren:</p> <p><input type="checkbox"/> Zentrumsfall/Primärfall</p> <p><input type="checkbox"/> Zentrumsfall/kein Primärfall</p> <p><input type="checkbox"/> kein Zentrumsfall</p>	<p>Intention:</p> <p><input type="checkbox"/> kurativ</p> <p><input type="checkbox"/> lokal kurativ bei Oligometastasierung</p> <p><input type="checkbox"/> palliativ</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges (Prophylaxe tumorrelevant)</p>	<p>Stellung zu operativer Therapie:</p> <p><input type="checkbox"/> ohne Bezug <input type="checkbox"/> adjuvant</p> <p><input type="checkbox"/> neoadjuvant <input type="checkbox"/> additiv R1/R2</p> <p><input type="checkbox"/> intraoperativ <input type="checkbox"/> Sonstiges</p>															
<p>Applikationsart:</p> <p><input type="checkbox"/> MRJT = Radiojod-Therapie <input type="checkbox"/> MSIRT = selektive interne Radio-Therapie</p> <p><input type="checkbox"/> MPSMA = PSMA-Therapie <input type="checkbox"/> M = sonstige metabolische Therapie:</p> <p><input type="checkbox"/> MRIT = Radioimmun-Therapie _____</p> <p><input type="checkbox"/> MRRT = Peptid-Radio-Rezeptor-Therapie <input type="checkbox"/> S = Sonstiges: _____</p>		<p>Nuklide:</p> <p><input type="checkbox"/> J-131 <input type="checkbox"/> Sr-89 <input type="checkbox"/> Ru-106 <input type="checkbox"/> Co-60</p> <p><input type="checkbox"/> Ir-192 <input type="checkbox"/> Ac-225 <input type="checkbox"/> Tb-161 <input type="checkbox"/> Y-90</p> <p><input type="checkbox"/> Ra-223 <input type="checkbox"/> Sm-153 <input type="checkbox"/> Lu-177</p> <p><input type="checkbox"/> sonst. Nuklid: _____</p>															
<p>Angaben zur durchgeführten Therapie (siehe Ausfüllhinweise)</p> <table border="1"> <tr> <th>Zielgebiet (auszufüllen insbesondere bei lokaler Therapie)</th> <th>Beginn</th> <th>Ende (nur bei geplanter Mehrfachapplikation)</th> <th>Gesamtdosis</th> <th>Einheit</th> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>			Zielgebiet (auszufüllen insbesondere bei lokaler Therapie)	Beginn	Ende (nur bei geplanter Mehrfachapplikation)	Gesamtdosis	Einheit	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Zielgebiet (auszufüllen insbesondere bei lokaler Therapie)	Beginn	Ende (nur bei geplanter Mehrfachapplikation)	Gesamtdosis	Einheit													
_____	_____	_____	_____	_____													
_____	_____	_____	_____	_____													

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 Patient verweigert weitere Therapie

Abbruch wegen Progress Patient verstorben

Abbruch wegen Nebenwirkg.

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

	Ja	Datum	Nein	unbek.
Studienteilnahme	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialdienst	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychoonkologische Beratung	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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