
ADT-Basisdatensatz Benutzer-Hinweise

Februar 2007

Allgemeiner Hinweis:

Zu den Datensätzen „Verlaufsdaten“, „Operative Therapie“, „Strahlentherapie“, „Systemische Therapie“, „Abschluss-Daten“ und „Autopsiedaten“ müssen selbstverständlich die Stammdaten sowie die tumorspezifischen Basisdaten zugeordnet werden.

Außerdem muss zusätzlich zu den Datensätzen „Operative Therapie“, „Strahlentherapie“ und „Systemische Therapie“ noch der Datensatz „Verlaufsdaten“ angelegt werden, um den weiteren Verlauf der Tumorerkrankung lückenlos dokumentieren zu können.

Bei der Tumorphistologie sowie der TNM-Klassifikation bzw. anderen Klassifikationen wie (Ann-Arbor-Klassifikation, Binet, FAB, CML, Durie und Salmon) muss es möglich sein mehrere Histologien und Stadien (z. B. bei Rezidiven) abzuspeichern.
Dies muss in den jeweiligen Erfassungsprogrammen hinterlegt sein.

Stammdaten (Identitätsdaten, Angaben zur Person)

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Patientenidentifikation	Dieses Merkmal identifiziert den Patienten, dem die gespeicherten Daten zugeordnet werden sollen. Die PatID muss für den einzelnen Patienten unverändert bleiben und ist so zu wählen, dass für jeden Patienten eine eindeutige Zuordnung gesichert ist.	Interner Schlüssel
Krankenkasse	Eintrag der Krankenkasse des Patienten	Bundeslandüblicher Schlüssel der Krankenkassen
Telefon	Eintrag der Telefonnummer des Patienten unter der er tagsüber erreichbar ist. Dies kann auch die Handy-Nr. des Patienten sein.	Klartextfeld numerisch
Name	Nachname des Patienten	Klartextfeld
Vorname	Vorname des Patienten	Klartextfeld
Geburtsname	Geburtsname des Patienten	Klartextfeld
Geschlecht	Männlich, weiblich	m = männlich; w = weiblich
Geburtsdatum	Geburtstag mit (Tag, Monat, und Jahr) des Patienten	Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig)
Staatsangehörigkeit	Hier soll die Staatsangehörigkeit des Patienten erfasst werden	Interner Schlüssel
Straße	Name der Straße mit Hausnummer des Wohnsitzes des Patienten	Klartextfeld
PLZ	Postleitzahl des Wohnsitzes des Patienten	Fünfstellig numerisch
Ort	Name des Wohnsitzes des Patienten	Klartextfeld

Tumorspezifische Basisdaten

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Meldende Institution	Name der Klinik mit Angabe der Abteilung und der Station bei stationären Einrichtungen. Name des Arztes mit Angabe der Fachrichtung und vollständiger Anschrift des Arztes bei ambulanten Einrichtungen (niedergelassenen Ärzten)	Interner Schlüssel
Tumordiagnose (ICD-10)	Bei mehreren Tumoren ist für jeden Tumor gesondert ein Diagnosedatensatz anzulegen. Die Tumordiagnose ist nach der ICD10 zu verschlüsseln.	ICD-10 (International Classification of Diseases)
Datum der Wiedervorstellung	Hier wird der nächste Termin zur weiteren onkologischen Behandlung mittels Datum dokumentiert.	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig)
Ort der Wiedervorstellung	Hier wird der Ort (Krankenhaus, Abteilung, Name des niedergelassenen Arztes) der weiteren onkologischen Behandlung dokumentiert.	Interner Schlüssel
Zentrumsspezifische Items	Hier können mittels Klartext zentrumsspezifische Informationen verschlüsselt werden.	Klartextfeld
Datum	Datum der Dokumentation durch den Arzt	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig)
Unterschrift des Arztes	Wichtig zur Dokumentation von Ansprechpartner	Klartextfeld
Datum	Datum der Dokumentation durch die MDA	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig)
Unterschrift MDA	Wichtig zur Dokumentation von Ansprechpartner	Klartextfeld

Tumorspezifische Basisdaten

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Tumordiagnose (ICD-10)	Bei mehreren Tumoren ist für jeden Tumor gesondert ein Diagnosedatensatz anzulegen. Die Tumordiagnose ist nach der ICD10 zu verschlüsseln.	ICD-10 (International Classification of Diseases)
Diagnosedatum	Das Diagnosedatum (Tag, Monat, und Jahr) ist der Tag an dem die Tumorerkrankung erstmals ärztlich diagnostiziert bzw. eine Verdachtsdiagnose geäußert worden ist. Das Datum charakterisiert den Beginn der medizinischen Aufzeichnungen zu dieser Tumorerkrankung.	Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig)
Diagnosesicherheit	Hier handelt es sich um die Methode, wie die Diagnose gesichert wurde. Bei mehreren Methoden muss immer die höchste Stufe angegeben werden.	k = klinisch (wenn nicht histologisch gesichert) z = zytologisch h = histologisch a = autoptisch d = DCO s = sonstiges x = unbekannt
Hauptlokalisation	Die Lokalisation des Primärtumors wird hier erfasst.	Tumorlokalisationsschlüssel (International Classification of Diseases for Oncology ICD-O, 2. Auflage Topographischer Teil, 5. Auflage)
Seitenlokalisation	Die Seitenlokalisation gibt bei paarigen Organen (siehe TNM) die befallene Seite an. Sie kann aber auch bei unpaarigen Organen die befallene Stelle im Organ beschreiben, wie z. B. Harnblase laterale Seitenwand links.	R = rechts L = links B = beidseits M = Mittellinienzone (4 cm breiter Bereich entlang der Medianlinie bis zu 2 cm rechts und links der Mittellinie) S = Systemerkrankung X = unbekannt

Tumorspezifische Basisdaten

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Nebenlokalisation	Hier sind zusätzliche Lokalisationsangaben möglich, z. B. in Fällen mit Übergreifen auf benachbarte Organe und/oder eine Ausbreitung auf mehrere Teilbereiche eines Organs	Tumorlokalisationsschlüssel (International Classification of Diseases for Oncology ICD-O, 2. Auflage Topographischer Teil, 5. Auflage)
Frühere Tumorerkrankungen	Hier sollen Tumorerkrankungen erfasst werden, die einen längeren Zeitraum zurückliegen und bei denen deshalb keine retrospektive Dokumentation mehr möglich ist. Zu der Tumorerkrankung wird dann noch das Diagnosejahr verschlüsselt.	Ja = es gibt bereits eine oder mehrere Tumorerkrankungen in der Anamnese Nein = der aktuell dokumentierte Tumor ist die erste Tumorerkrankung Unbekannt = es ist nicht bekannt, ob es in der Anamnese schon eine Tumorerkrankung gab Wenn „Ja“ dann erfolgt die Verschlüsselung nach ICD-10 Jahr (vierstellig)
Diagnoseanlass	Hier handelt es sich um den Anlass, der zur Diagnose der Tumorerkrankung geführt hat.	T = Tumorsymptome F = Krebsfrüherkennung (KFU) S = Selbstuntersuchung C = Screening L = Langzeitbetreuung A = Andere Untersuchung X = unbekannt
Chemotherapie in der Anamnese	Wenn der Pat. mittels Chemotherapie bei einer früheren Tumorerkrankung bereits behandelt wurde.	Ja/Nein
Strahlentherapie in der Anamnese	Wenn der Pat. mittels Strahlentherapie bei einer früheren Tumorerkrankung bereits behandelt wurde.	Ja/Nein
Wichtige Begleiterkrankungen	Hier werden die wichtigsten Begleiterkrankungen erfasst.	Klartextfeld

Tumorspezifische histologische Daten

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Pathologisches Institut	Hier wird der Name des Pathologischen Institutes erfasst, welches den Histolog. Befund erstellt hat.	Interner Schlüssel
Histologie-Einsendenummer	Hier wird die Histologie-Einsendenummer des Histologischen Befundes erfasst	Interner Schlüssel
Histologie-Datum	Das Histologiedatum (Tag, Monat, und Jahr) ist der Tag an dem die Tumorerkrankung histologisch gesichert (keine nachfolgende OP) oder die Tumorerkrankung operativ behandelt wurde.	Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig)
Histologie	Hier wird die Histologie erfasst. Z. B. Adenokarzinom 8140/3	ICD-O-3 Text und Notation
Grading	Histopathologisches Grading	G 1 = gut differenziert G 2 = mäßig differenziert G 3 = schlecht differenziert G 4 = undifferenziert
Anzahl der untersuchten Lymphknoten	Hier wird die Anzahl der vom Pathologen untersuchten Lymphknoten eingetragen (ohne Sentinel-Lymphknoten)	numerisch
Anzahl der befallenen Lymphknoten	Hier wird die Anzahl der maligne befallenen Lymphknoten eingetragen (ohne Sentinel-Lymphknoten)	numerisch
Anzahl der untersuchten Sentinel-Lymphknoten	Hier wird die Anzahl der vom Pathologen untersuchten Sentinel-Lymphknoten eingetragen	numerisch
Anzahl der befallenen Sentinel-Lymphknoten	Hier wird die Anzahl der maligne befallenen Sentinel-Lymphknoten eingetragen	numerisch
Lymphgefäßinvasion	Hier wird die Lymphgefäßinvasion erfaßt.	L 0 = keine Lymphgefäßinvasion L 1 = Lymphgefäßinvasion L X = Lymphgefäßinvasion nicht beurteilbar
Veneninvasion	Hier wird die Veneninvasion erfaßt.	V 0 = keine Veneninvasion V 1 = Veneninvasion V 2 = makroskopische Veneninvasion V X = Veneninvasion nicht beurteilbar

Tumorklassifikation

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Klinischer TNM	Er basiert auf die vor der Behandlung erhobenen Befunde (prätherapeutische klinische Klassifikation bezeichnet als cTNM). Solche ergeben sich aufgrund von klinischen Untersuchungen, bildgebender Verfahren, Endoskopie, Biopsie, chirurgischer Exploration und anderen relevanten Untersuchungen.	<p>TNM 6. Auflage Klassifikation maligner Tumoren r = Rezidivtumoren nach krankheitsfreiem Intervall werden mit dem Präfix „r“ gekennzeichnet y = nach neoadjuvanter (initial multimodaler Therapie)</p> <p>T = Ausbreitung des Primärtumors C = Abkürzung für „Certainty“ Diagnosesicherheit C1 = diagnostische Standardmethoden (z. B. Inspektion) C2 = bildgebende Verfahren (z. B. CT, Rö, Sono, MNR, Szinti) C3 = chirurgische Exploration einschl. Biopsie und zytologischer Untersuchung (Spülzytologie)</p> <p>N = Ausbreitung der regionären Lymphknotenmetastasen C = Abkürzung für „Certainty“ Diagnosesicherheit C1 = diagnostische Standardmethoden (z. B. Inspektion) C2 = bildgebende Verfahren (z. B. CT, Rö, Sono, MNR, Szinti) C3 = chirurgische Exploration einschl. Biopsie und zytologischer Untersuchung (Spülzytologie)</p> <p>M = Fernmetastasen C = Abkürzung für „Certainty“ Diagnosesicherheit C1 = diagnostische Standardmethoden (z. B. Inspektion) C2 = bildgebende Verfahren (z. B. CT, Rö, Sono, MNR, Szinti) C3 = chirurgische Exploration einschl. Biopsie und zytologischer Untersuchung (Spülzytologie)</p>

Tumorklassifikation

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Pathologischer TNM	Postoperative histopathologische Klassifikation bezeichnet als pTNM. Bei dieser Klassifikation wird der vor der Behandlung festgestellte Zustand ergänzt oder abgeändert durch Erkenntnisse, die beim chirurgischen Eingriff und durch die pathologische Untersuchung gewonnen werden.	<p>TNM 6. Auflage Klassifikation maligner Tumoren r = Rezidivtumoren nach krankheitsfreiem Intervall werden mit dem Präfix „r“ gekennzeichnet y = nach neoadjuvanter (initial multimodaler Therapie)</p> <p>pT = Ausbreitung des Primärtumors (erfordert die Resektion des Primärtumors oder Biopsien, die zur Bestimmung der höchsten pT-Kategorie adäquat sind.)</p> <p>pN = Ausbreitung der regionären Lymphknotenmetastasen (erfordert die Entfernung von Lymphknoten in einem Ausmaß, das die Aussage über das Fehlen regionärer Lymphknotenmetastasen(pN0) verlässlich macht und andererseits zur Bestimmung der höchsten T-Kategorie ausreicht.)</p> <p>pM = Fernmetastasen (die pathologische Feststellung von Fernmetastasen (pM) erfordert die mikroskopische Untersuchung.)</p>

Tumorklassifikation

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Ann Arbor Klassifikation	Stadieneinteilung für hämatologische Erkrankungen.	<p>Stadium I Einzelne Lymphknotenregionen, lokalisierter Befall eines einzelnen extralymphatischen Organs/Bezirks.</p> <p>Stadium II 2 oder mehrere Lymphknotenregionen auf gleicher Zwerchfellseite lokalisierter Befall eines einzelnen extralymphatischen Organs/Bezirks mit seinen regionären Lymphknoten und/oder anderen Lymphknotenregionen auf gleicher Zwerchfellseite.</p> <p>Stadium III Lymphknotenregionen auf beiden Zwerchfellseiten und/oder lokalisierter Befall eines Organs/Bezirktes Milz, Beide</p> <p>Stadium IV Disseminierter (multifokaler) Befall extralymphatischer Organe und/oder regionärer Lymphknotenbefall, isolierter Befall von extralymphatischen Organen und nicht regionärer Lymphknoten</p> <p>Alle Stadien unterteilt in: A = Ohne Gewichtsverlust/Fieber/Schweiß B = Mit Gewichtsverlust/Fieber/Schweiß</p> <p>Extralymphatisch: K = Kein Befall E = Befall X = unbekannt N = Organ nicht befallen B = Organ befallen X = unbekannt</p>

Tumorklassifikation

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Anderes Stadium Binet	Stadieneinteilung für die Chronisch lymphatische Leukämie (CLL)	<p>Stadium A: Hb > 100 g/l bzw. > 6,2 mmol/l, Thrombozyten > 100 x 10⁹/l, weniger 3 vergrößerten Lymphknotenregionen</p> <p>Stadium B: Wie A, aber 3 oder mehr vergrößerten Lymphknotenregionen</p> <p>Stadium C: Hb ≤ 100 g/l bzw. < 6,2 mmol/l, Thrombozyten < 100 x 10⁹/l, unabhängig von der Zahl der vergrößerten Lymphknotenregionen</p>
Anderes Stadium Rai	Stadieneinteilung für die Chronisch lymphatische Leukämie (CLL)	<p>Stadium 0: Lymphozytose im peripheren Blut ≥ 15.000, im Knochenmark ≥ 40 %</p> <p>Stadium 1: Stadium 0, zusätzliche Lymphknoten-Vergrößerungen</p> <p>Stadium 2: Stadium 0 oder 1, zusätzlich Hepato- und/oder Splenomegalie</p> <p>Stadium 3: Stadium 0, 1 oder 2, zusätzlich Anämie (Hb < 110 g/l bzw. 6,3 mmol/l oder Hämatokrit < 33 %)</p> <p>Stadium 4: Stadium 0,1,2 oder 3, zusätzlich Thrombopenie (< 100 x 10⁹/l)</p>

Tumorklassifikation

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Anderes Stadium 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 M0 Blastär-undifferenzierte AML M1 Akute myeloblastische L. ohne Ausreifung M2 Akute myeloblastische L mit Ausreifung M2-Baso Akute myeloblastische L. mit Ausreifung und basophilen Blasten M3 Akute Promyelozyten-L. o.n.A. 3H = M3-hyper- Hypergranuläre akute Promyelozyten-Leukämiegranulär M3-V (M3-hypogranulär) Mikrogranuläre akute Promyelozytenvariant-Leukämie M4 Akute myelomonozytäre Leukämie M4-Eo Akute myelomonozytäre L mit Eosinophilie M5 Akute Monozytenleukämie o.n.A. M5a Akute Monoblasten-Leukämie M5b Akute promonozytär-monozytäre Leukämie M6 Akute Erythroleukämie M7 Akute Megakaryozyten-Leukämie
Anderes Stadium CML	Die chronische myeloische Leukämie (CML) wird nach Phasen verschlüsselt.	C = chronische Phase A = Akzelerierte Phase B = Blastenphase

Tumorklassifikation

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Anderes Stadium 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.	<p>Der Schlüssel umfasst 2 Stellen die erste Stelle beschreibt das Stadium und die zweite Stelle die Nierenfunktion.</p> <p>Stadium 1: Alle der folgenden Kriterien erfüllt: Hämoglobin > 100 g/l bzw. > 6,2 mmol/l Serumkalzium normal (< 12 mg/dl bzw. < 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</p> <p>Stadium 2: Kriterien von Stadium 1 und 3 nicht erfüllt.</p> <p>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</p> <p>Nierenfunktion</p> <p>A = Normale Nierenfunktion (Serumkreatinin < 2 mg/dl) B = Gestörte Nierenfunktion (Serumkreatinin > 2 mg/dl)</p>

Sonstiges

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Residualklassifikation nach Abschluss der Primärtherapie	Das Fehlen oder Vorhandensein von Residualtumor (Resttumor) nach Behandlung wird durch die R-Klassifikation beschrieben.	R0 = kein Residualtumor LR0 = kein lokaler Residualtumor R1 = mikroskopischer Residualtumor R2 = makroskopischer Residualtumor RX = Vorhandensein von Residualtumor kann nicht beurteilt werden
Lokalisation von Fernmetastasen	Die Lokalisation der Fernmetastasen wird mit dem Datum oder diagnostischen Sicherung der Metastase sowie mittels eines Kurzschlüssels verschlüsselt. Für jede Fernmetastasierung ist ein Datensatz vorgesehen.	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig) Lokalisation von Fernmetastasen PUL = Lunge PLE = Pleura OSS = Knochen PER = Peritoneum HEP = Leber ADR = Nebennieren BRA = Hirn SKI = Haut LYM = Lymphknoten OTH = Andere Organe MAR = Knochenmark GEN = Generalisierte Metastasierung

Sonstiges

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Allgemeiner Leistungszustand	Die Verschlüsselung des allgemeinen Leistungszustandes sollte nach ECOG erfolgen. Es kann aber auch der Karnofsky-Index verwendet werden (Angabe in %).	ECOG: 0 = Normale, uneingeschränkte Aktivität wie vor der Erkrankung (100 % nach Karnofsky) 1 = Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, aber gefähig; leichte körperliche Arbeit bzw. Arbeit im Sitzen (z.B. leichte Hausarbeit oder Büroarbeit) möglich (80 - 90 % nach Karnofsky) 2 = Gefähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig; kann mehr als 50% der Wachzeit aufstehen (60 - 70 % nach Karnofsky) 3 = Nur begrenzte Selbstversorgung möglich; ist 50% oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden (40 - 50 % nach Karnofsky) 4 = Völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich; völlig an Bett oder Stuhl gebunden (10 - 30 % nach Karnofsky) X = Unbekannt
Vorgesehene Maßnahmen	Hier werden die geplanten Therapie (Operation, Bestrahlung, Chemotherapie, Hormontherapie, Knochenmarkstransplantation, Stammzelltransplantation, Antikörper/Immuntherapie, Schmerztherapie, Psychoonkologie, andere supportive Therapie) mit den jeweiligen Intentionen (neoadjuvant, adjuvant, kurativ, palliativ) dokumentiert. Die Dokumentation erfolgt durch Ankreuzen der jeweiligen Felder für Therapie und Intention. Die Intentionen sind verschlüsselt.	Intention: N = neoadjuvant A = adjuvant K = kurativ P = palliativ

Sonstiges

Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Datum der Wiedervorstellung	Hier wird der nächste Termin zur weiteren onkologischen Behandlung mittels Datum dokumentiert.
Ort der Wiedervorstellung	Hier wird der Ort (Krankenhaus, Abteilung, Name des niedergelassenen Arztes) der weiteren onkologischen Behandlung dokumentiert.
Zentrumsspezifische Items	Hier können mittels Klartext zentrumspezifische Informationen verschlüsselt werden.
Datum	Datum der Dokumentation durch den Arzt
Unterschrift des Arztes	Wichtig zur Dokumentation von Ansprechpartner
Datum	Datum der Dokumentation durch die MDA
Unterschrift MDA	Wichtig zur Dokumentation von Ansprechpartner

Verlaufsdaten

Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Merkmalsausprägung/Erklärung Das Untersuchungsdatum ist der Tag, an dem der Patient vom niedergelassenen Arzt in der Praxis oder in einem Krankenhaus ambulant untersucht wird. Bei stationären Aufenthalten wird als Untersuchungsdatum der Entlassungstag eingetragen.	Empfohlener Schlüssel Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig)
Merkmalsausprägung/Erklärung Pat. wird in einem Krankenhaus stationär / teilstationär behandelt.	Empfohlener Schlüssel Interner Schlüssel
Merkmalsausprägung/Erklärung Pat. wird bei einem niedergelassenen Arzt oder in einem Krankenhaus ambulant behandelt	Empfohlener Schlüssel Interner Schlüssel
Merkmalsausprägung/Erklärung Das Feld Zustand nach Primärtherapie soll dann angekreuzt werden, wenn die Primärtherapie bereits eingeleitet wurde. D. h. das Feld Primärtherapie sollte erst dann ausgefüllt werden, wenn die dazugehörigen Therapien bereits laufen oder schon abgeschlossen sind.	Empfohlener Schlüssel Interner Schlüssel
Merkmalsausprägung/Erklärung Das Feld Zustand nach Rezidivtherapie soll dann angekreuzt werden, wenn es nach einem tumorfreien Intervall zu einer Progression gekommen ist und diese mittels Rezidivtherapie bereits eingeleitet wurde.	Empfohlener Schlüssel Interner Schlüssel
Merkmalsausprägung/Erklärung Hier wird der Zeitpunkt des Beginnes mittels Datum erfasst.	Empfohlener Schlüssel Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig)
Merkmalsausprägung/Erklärung Hier wird der Zeitpunkt des Beginnes mittels Datum erfasst.	Empfohlener Schlüssel Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig)

Verlaufsdaten

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Therapien	<p>Hier sind die einzelnen Therapien (Operation, Bestrahlung, Chemotherapie, Hormontherapie, Knochenmarkstransplantation, Stammzelltransplantation, Antikörper/Immuntherapie, Schmerztherapie, Psychoonkologie, andere supportive Therapie) im ersten Feld anzukreuzen und im zweiten Feld die Intentionen (neoadjuvant, adjuvant, kurativ, palliativ) einzutragen.</p> <p>Dies erfolgt spaltenweise und zwar getrennt nach Primärtherapie, Rezidivtherapie, aktueller und geplanter Therapie. Bei der aktuellen und geplanten Therapie bezieht man sich immer auf den Zeitpunkt des Untersuchungs-Datums</p>	<p>Interner Schlüssel</p> <p>Intention: N = neoadjuvant A = adjuvant K = kurativ P = palliativ</p>
Untersuchungsanlass	<p>Hier kann der entsprechende Untersuchungsanlass (Nachsorge, Therapie, palliative Betreuung, ärztl. Betreuung/onkol. Beratung, Symptome, Diagnostik, Zweitmeinung, Planung) angekreuzt werden. Es ist aber nur eine Einfachnennung möglich.</p>	<p>Interner Schlüssel</p>

Verlaufsdaten

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Allgemeiner Leistungszustand	Die Verschlüsselung des allgemeinen Leistungszustandes sollte nach ECOG erfolgen. Es kann aber auch der Karnofsky-Index verwendet werden (Angabe in %).	ECOG: 0 = Normale, uneingeschränkte Aktivität wie vor der Erkrankung (100 % nach Karnofsky) 1 = Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, aber gefähig; leichte körperliche Arbeit bzw. Arbeit im Sitzen (z.B. leichte Hausarbeit oder Büroarbeit) möglich (80 - 90 % nach Karnofsky) 2 = Gefähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig; kann mehr als 50% der Wachzeit aufstehen (60 - 70 % nach Karnofsky) 3 = Nur begrenzte Selbstversorgung möglich; ist 50% oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden (40 - 50 % nach Karnofsky) 4 = Völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich; völlig an Bett oder Stuhl gebunden (10 - 30 % nach Karnofsky) X = Unbekannt
Untersuchungen	Hier werden die einzelnen Untersuchungen (körperliche Untersuchung, Röntgen, Labor, Sonographie, Doppler, CT, NMR, Szintigraphie, PET, Endoskopie, Mammographie, Chirurgische Exploration, Histo-/Zytologie) angekreuzt. Mehrfachnennungen sind möglich.	Interner Schlüssel.

Verlaufsdaten

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Gesamtbeurteilung des Tumorstatus	Hier wird die Gesamtbeurteilung des Tumorstatus durch Ankreuzen des zutreffenden Feldes erfasst. Es ist nur eine Einfachnennung möglich.	Tumorfrei Vollremission (Verschwinden des Tumors/Resttumors durch Radiatio oder Chemo) Teilremission (Rückgang aller Tumormanifestationen um mindestens 50 %) No change (Tumorrückgang < 50 % oder Zunahme < 25 %) Progression (Tumorwachstum > 25 % und/oder Fortschreiten der Tumorerkrankung) Beurteilung nicht möglich: Grund Klartextfeld

Verlaufsdaten

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Tumorausbreitung	<p>Im Rahmen des Krankheitsverlaufes sind Angaben über die Tumorausbreitung (Primärtumor, regionäre Lymphknoten sowie Fernmetastasen) gefragt. Dazu gehören auch die Untersuchungsmethoden, durch die ein oder kein Tumornachweis erbracht wurde. Das Feld Tumorausbreitung stellt einen sehr wichtigen Teil der Dokumentation dar, denn nur hier ist die tatsächliche Tumorausbreitung erkennbar. In das erste Feld wird die Tumorausbreitung eingetragen und in das zweite Feld die Untersuchungsmethode bei den entsprechenden Organen (Fern-LK, Lunge, Leber, Hirn, Pleura, Haut, Knochen, Nebenniere, Peritoneum, Milz, Ovar, Knochenmark, andere welche; Klartextfeld). Der Zeitpunkt der Metastasierung wird mit dem Datum der ersten Sicherung festgehalten.</p>	<p>Tumorausbreitung T = Tumornachweis K = kein Tumornachweis R = Rezidiv F = fraglicher Befund</p> <p>Untersuchungsmethoden KU = körperliche Untersuchung RÖ = Röntgen LA = Labor SO = Sonographie DO = Doppler CT = Computertomographie NM = Kernspintomographie SZ = Szintigraphie PET = Positronen-Emissions-Tomographie EN = Endoskopie MA = Mammographie CH = Chirurgische Exploration HI = Histo-/Zytologie</p> <p>Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig)</p>
Abweichung von Leitlinien	<p>Für viele Tumorerkrankungen wurden Leitlinien erstellt nachdem die Pat. behandelt werden sollen. Eine Aufgabe der Dokumentation stellt die Überprüfung der leitliniengerechten Behandlung dar. Dies wird in diesem Feld dargestellt</p>	<p>Ja/Nein</p> <p>Begründung: Klartextfeld</p>

Operationen

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Mikroskopische Sicherung der Malignität vor Operation	Hier wird die operative Sicherung der malignen Tumorerkrankung vor der operativen Behandlung erfasst.	H = Ja, Histologie Z = Ja, Zytologie K = Keine mikroskopische Sicherung der Malignität X = Unbekannt
Operationen	Die Operationen werden nach den z. Zt. Gültigen OPS 2006 erfasst	OPS-2006
OP-Datum	Datum der durchgeführten Operation	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig)
Ziel	Hier wird das Operationsziel dokumentiert.	K = kurativ P = palliativ D = diagnostisch
Komplikationen	Hier werden die intraoperativen und postoperativen Komplikationen der Operationen erfasst.	J = Ja (wenn „Ja“, dann Klartextfeld) N = Nein

Benutzerhinweise zum ADT-Basisdatensatz Strahlentherapie Version 5.0 Stand: 10/06

Strahlentherapie

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Zielgebiet	Hier wird das zu bestrahlende Zielgebiet eingetragen. Die Felder der einzelnen Zielgebiete sind fortlaufend nummeriert.	Siehe Anlage 1
Applikationsart	Hier wird die Applikationsart dokumentiert. Sie bezieht sich immer auf das jeweilige Zielgebiet.	P = perkutan (Tele-/Brachytherapie) K = endokavitäre Kontakttherapie I = interstitielle Kontakttherapie M = metabolische Therapie (radionuclide) A = afterloading
Seite	Hier wird die Seite des zu bestrahlenden Organs dokumentiert und bezieht sich immer auf das jeweilige Zielgebiet	L = links R = rechts B = beidseits
Beginn	Datum des Beginns der durchgeführten Strahlentherapie bezieht sich immer auf das jeweilige Zielgebiet.	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig)
Ende	Datum des Endes der durchgeführten Strahlentherapie bezieht sich immer auf das jeweilige Zielgebiet.	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig)
Gesamtdosis	Die Gesamtdosis des jeweiligen Zielgebiets wird als Zahl mit der Benennung Gy oder Gbq erfasst.	Numerisch
Intention	Hier wird die Intention dokumentiert, unter der die Strahlentherapie durchgeführt wird.	kurativ palliativ adjuvant neoadjuvant
Beendigung der Strahlentherapie	Hier wird bei Beendigung der Strahlentherapie der Grund der Beendigung erfasst.	Abbruch wegen Nebenwirkungen Reguläres Ende Patient verweigert Therapie
Nebenwirkungen nach CTC (Common Toxicity Criteria)	Hier werden die Nebenwirkungen (Laborwerte, Niere/Blase, Haut/Allergie, Gastrointestinaltrakt, Nervensystem, Fieber/Infektion, Herz/Kreislauf, Sinnesorgane, Allgemeinsymptome, Lunge/Kehlkopf, Endokrines System, Allgemeinzustand, Sonstige) nach CTC dokumentiert.	0 = keine 1 = gering/leicht 2 = mäßig/deutlich 3 = stark/ausgeprägt 4 = lebensbedrohlich X = Grad der Nebenwirkung unbekannt

Systemische Therapie

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Systemische Therapie	Hier wird festgehalten um welche Therapieart es sich handelt.	Chemotherapie Hormontherapie Antikörper/Immuntherapie
Intention	Hier wird die Intention dokumentiert unter der die systemische Therapie durchgeführt wird.	kurativ palliativ adjuvant neoadjuvant
Protokoll	Hier wird der Name des Protokolls der systemischen Therapie erfasst.	Interner Schlüssel
Zyklen geplant	Hier werden die geplanten Zyklen dokumentiert.	Numerisch
Zyklen durchgeführt	Hier werden die durchgeführten Zyklen dokumentiert.	Numerisch
Beginn	Datum des Beginns der durchgeführten systemischen Therapie.	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig)
Substanzen	Hier wird der Substanzname (Wirkstoff oder Handelsname) der systemischen Therapie erfasst.	Interner Schlüssel
Dosisreduktion	Hier wird festgehalten, ob die Dosis wie geplant verabreicht wurde.	J = Ja N = Nein
Unterbrechung vom	Datum des Beginns der Unterbrechung der durchgeführten systemischen Therapie.	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig)
Unterbrechung bis	Datum des Endes der Unterbrechung der durchgeführten systemischen Therapie.	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig)
Gründe der Unterbrechung	Hier können die Gründe der Unterbrechung mittels Freitext erfasst werden.	Klartextfeld

Systemische Therapie

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Beendigung der Systemischen Therapie	Hier wird bei Beendigung der systemischen Therapie der Grund der Beendigung mit End-Datum erfasst.	Gründe: Reguläres Ende Abbruch wegen Nebenwirkungen Patient verweigert Therapie Sonstige Gründe (Klartextfeld) Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig)
Erfolg	Hier wird der erreichte Erfolg durch die Systemische Therapie dokumentiert.	Vollremission (Verschwinden des Tumors/Resttumors durch Radiatio oder Chemo) Teilremission (Rückgang aller Tumormanifestationen um mindestens 50 %) Keine Änderung (No change) (Tumorrückgang < 50 % oder Zunahme < 25 %) Progression (Tumorwachstum > 25 % und/oder Fortschreiten der Tumorerkrankung) Nicht beurteilbar (Beurteilung z. Zt. nicht möglich) Unbekannt (der Erfolg der systemischen Therapie ist unbekannt)

Systemische Therapie

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Nebenwirkungen nach WHO-Grade	Hier werden die Nebenwirkungen für (Hb, GOT, GPT, Kreatinin, Haut, periphere Nerven, Blutungen, Bilirubin, Leukozyten, AP, Proteinurie, Haar, Obstipation, Diarrhoe, Harnstoff, Granulozyten, Schleimhäute, Hämaturie, Infektionen, Schmerzen, Fieber, Allergie, Thrombozyten, Übelkeit, Lunge, Herzrhythmus, Herzfunktion, Perikarditis, Bewußtsein) nach WHO-Grade dokumentiert.	WHO-Grade 0 = keine Nebenwirkungen 1 = geringe Nebenwirkungen 2 = Allgemeinbefinden verschlechtert 3 = Unterbrechung notwendig 4 = stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich X = Nebenwirkung unbekannt
Gleichzeitig Strahlentherapie	Hier wird dokumentiert, ob während einer systemischen Therapie gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wurde. Dies gilt aber nicht für die Hormontherapie welche ja bis zu 5 Jahre läuft.	J = Ja N = Nein

Abschlussdaten

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Nachsorge abgeschlossen	Die Nachsorge ist nach einem tumorfreien Intervall von 5 Jahren nach Beendigung der Primärtherapie abgeschlossen. Der letzte Kontakt mit dem Patienten wird mittels Datum dokumentiert.	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig)
Nachsorge abgebrochen	Die Nachsorge kann abgebrochen werden, wenn der Pat. keine weitere Nachsorge mehr wünscht, bzw. wenn der Pat. nicht zum vereinbarten Nachsorgetermin erscheint. Der letzte Kontakt mit dem Patienten wird mittels Datum dokumentiert.	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig)
Gesamtbeurteilung des Tumorstatus	Hier wird die Gesamtbeurteilung des Tumorstatus durch Ankreuzen des zutreffenden Feldes erfasst. Es ist nur eine Einfachnennung möglich	Tumorfrei Vollremission (Verschwinden des Tumors/Resttumors durch Radiatio oder Chemo) Teilremission (Rückgang aller Tumormanifestationen um mindestens 50 %) No change (Tumorrückgang < 50 % oder Zunahme < 25 %) Progression (Tumorwachstum > 25 % und/oder Fortschreiten der Tumorerkrankung) Beurteilung nicht möglich: (Tumorstatus unbekannt)

Abschlussdaten

Vitalstatus	Hier können mittels Datum Anfragen (lebt Patient noch) an das Einwohnermeldeamt oder an die AKDB (bundeslandspezifisch) dokumentiert werden.	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig)
Patient verstorben	Falls der Patient verstorben ist wird das Todesdatum erfasst und auch geprüft ob die Todesursache in Zusammenhang mit der Tumorerkrankung steht.	Todesdatum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig) Todesursache Tumorbedingt Fraglich tumorbedingt Andere Todesursache Unbekannt
Autopsie durchgeführt	Hier wird erfasst ob eine Autopsie durchgeführt wurde. Falls Ja muss der gesonderte Datensatz Autopsie angelegt werden.	J = Ja, Autopsie wurde durchgeführt N = Nein, Autopsie wurde nicht durchgeführt X = Unbekannt

Autopsiedaten TNM

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Datum der Autopsie	Das Autopsiedatum ist der Tag, an dem die Autopsie durch den Pathologen erfolgt.	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig)
TNM-Klassifikation	Autoptische histopathologische Klassifikation bezeichnet als aTNM.	TNM 6. Auflage Klassifikation maligner Tumoren r = Rezidivtumoren nach krankheitsfreiem Intervall werden mit dem Präfix „r“ gekennzeichnet y = nach neoadjuvanter (initial multimodaler Therapie) aT= Ausbreitung des Primärtumors . aN= Ausbreitung der regionären Lymphknotenmetastasen aM= Fernmetastasen

Autopsiedaten sonstige Klassifikationen

Ann Arbor Klassifikation	Stadieneinteilung für hämatologische Erkrankungen.	<p>Stadium I Einzelne Lymphknotenregionen, lokalisierter Befall eines einzelnen extralymphatischen Organs/Bezirks.</p> <p>Stadium II 2 oder mehrere Lymphknotenregionen auf gleicher Zwerchfellseite lokalisierter Befall eines einzelnen extralymphatischen Organs/Bezirks mit seinen regionären Lymphknoten und/oder anderen Lymphknotenregionen auf gleicher Zwerchfellseite.</p> <p>Stadium III Lymphknotenregionen auf beiden Zwerchfellseiten und/oder lokalisierter Befall eines Organs/Bezirkes Milz, Beide</p> <p>Stadium IV Disseminierter (multifokaler) Befall extralymphatischer Organe und/oder regionärer Lymphknotenbefall, isolierter Befall von extralymphatischen Organen und nicht regionärer Lymphknoten</p> <p>Alle Stadien unterteilt in: A = Ohne Gewichtsverlust/Fieber/Schweiß B = Mit Gewichtsverlust/Fieber/Schweiß</p> <p>Extralymphatisch: K = Kein Befall E = Befall X = unbekannt</p> <p>N = Organ nicht befallen B = Organ befallen X = unbekannt</p>
--------------------------	--	--

Autopsiedaten sonstige Klassifikationen

Anderes Stadium Binet	Stadieneinteilung für die Chronisch lymphatische Leukämie (CLL)	<p>Stadium A: Hb > 100 g/l bzw. > 6,2 mmol/l, Thrombozyten > 100 x 10⁹/l, weniger 3 vergrößerten Lymphknotenregionen</p> <p>Stadium B: Wie A, aber 3 oder mehr vergrößerten Lymphknotenregionen</p> <p>Stadium C: Hb ≤ 100 g/l bzw. < 6,2 mmol/l, Thrombozyten < 100 x 10⁹/l, unabhängig von der Zahl der vergrößerten Lymphknotenregionen</p>
Anderes Stadium Rai	Stadieneinteilung für die Chronisch lymphatische Leukämie (CLL)	<p>Stadium 0: Lymphozytose im peripheren Blut ≥ 15.000, im Knochenmark ≥ 40 %</p> <p>Stadium 1: Stadium 0, zusätzliche Lymphknoten-Vergrößerungen</p> <p>Stadium 2: Stadium 0 oder 1, zusätzlich Hepato- und/oder Splenomegalie</p> <p>Stadium 3: Stadium 0, 1 oder 2, zusätzlich Anämie (Hb < 110 g/l bzw. 6,3 mmol/l oder Hämatokrit < 33 %)</p> <p>Stadium 4: Stadium 0,1,2 oder 3, zusätzlich Thrombopenie (< 100 x 10⁹/l)</p>

Autopsiedaten sonstige Klassifikationen

Anderes Stadium FAB	Die akute Leukämie wird nach der FAB-Klassifikation verschlüsselt. Dabei kennzeichnen M1-M7 Subtypen der akuten nicht lymphatischen Leukämie.	<p>L1- L3 solche der akuten lymphatischen Leukämie (ALL):</p> <p>L1 = L1 Vorw. kleinzellige ALL L2 = L2 Großzellig-heterogene ALL L3 = L3 Burkittzell-Leukämie</p> <p>M0 Blastär-undifferenzierte AML M1 Akute myeloblastische L. ohne Ausreifung M2 Akute myeloblastische L mit Ausreifung M2-Baso Akute myeloblastische L. mit Ausreifung und basophilen Blasten M3 Akute Promyelozyten-L. o.n.A. 3H = M3-hyper- Hypergranuläre akute Promyelozyten-Leukämiegranulär M3-V (M3-hypogranulär) Mikrogranuläre akute Promyelozytenvariant-Leukämie M4 Akute myelomonozytäre Leukämie M4-Eo Akute myelomonozytäre L mit Eosinophilie M5 Akute Monozytenleukämie o.n.A. M5a Akute Monoblasten-Leukämie M5b Akute promonozytär-monozytäre Leukämie M6 Akute Erythroleukämie M7 Akute Megakaryozyten-Leukämie</p>
---------------------	---	--

Autopsiedaten sonstige Klassifikationen

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Anderes Stadium CML	Die chronische myeloische Leukämie (CML) wird nach Phasen verschlüsselt.	C = chronische Phase A = Akzelerierte Phase B = Blastenphase
Anderes Stadium 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.	<p>Der Schlüssel umfasst 2 Stellen die erste Stelle beschreibt das Stadium und die zweite Stelle die Nierenfunktion.</p> <p>Stadium 1: Alle der folgenden Kriterien erfüllt: Hämoglobin > 100 g/l bzw. > 6,2 mmol/l Serumkalzium normal (< 12 mg/dl bzw. < 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</p> <p>Stadium 2: Kriterien von Stadium 1 und 3 nicht erfüllt.</p> <p>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</p> <p>Nierenfunktion</p> <p>A = Normale Nierenfunktion (Serumkreatinin < 2 mg/dl) B = Gestörte Nierenfunktion (Serumkreatinin > 2 mg/dl)</p>

Autopsiedaten Tumorhistologie

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Pathologisches Institut	Hier wird der Name des Pathologischen Institutes erfaßt, welches den Histolog. Befund erstellt hat.	Interner Schlüssel
Histologie-Datum	Das Histologiedatum (Tag, Monat, und Jahr) ist der Tag an dem die Tumorerkrankung histologisch gesichert wurde.	Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig)
Histologie	Hier wird die Histologie erfaßt. Z. B. Adenokarzinom 8140/3	ICD-O-3 Text und Noation
Grading	Histopathologisches Grading	G 1 = gut differenziert G 2 = mäßig differenziert G 3 = schlecht differenziert G 4 = undifferenziert
Anzahl der untersuchten Lymphknoten	Hier wird die Anzahl der vom Pathologen untersuchten Lymphknoten eingetragen	numerisch
Anzahl der befallenen Lymphknoten	Hier wird die Anzahl der maligne befallenen Lymphknoten eingetragen	numerisch
Lymphgefäßinvasion	Hier wird die Lymphgefäßinvasion erfaßt.	L 0 = keine Lymphgefäßinvasion L 1 = Lymphgefäßinvasion L X = Lymphgefäßinvasion nicht beurteilbar
Veneninvasion	Hier wird die Veneninvasion erfaßt.	V 0 = keine Veneninvasion V 1 = Veneninvasion V 2 = makroskopische Veneninvasion V X = Veneninvasion nicht beurteilbar
Tumorausbreitung	Im Rahmen der Autopsie wird die Tumorausbreitung (Primärtumor, regionäre Lymphknoten sowie Fernmetastasen) dokumentiert.	Tumorausbreitung T = Tumornachweis K = kein Tumornachweis R = Rezidiv F = fraglicher Befund X = unbekannt

Patientenidentifikationsnummer: <input style="width: 150px;" type="text"/>		Krankenkasse: <input style="width: 150px;" type="text"/>		
Telefon: <input style="width: 100px;" type="text"/>	Name: <input style="width: 200px;" type="text"/>			
Meldende Institution: <small>(Klinik, Abteilung, Station)</small> <div style="text-align: center;">Stempel</div>	Geburtsname: <input style="width: 150px;" type="text"/>		Geschlecht: w/m <input style="width: 50px;" type="text"/>	
	Vorname: <input style="width: 200px;" type="text"/>			
	Geburtsdatum:		Staatsangehörigkeit	
	Tag	Monat	Jahr	
	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>
Straße: <input style="width: 200px;" type="text"/>				
PLZ: <input style="width: 100px;" type="text"/>		Ort: <input style="width: 100px;" type="text"/>		

Tumordiagnose: (ICD-10)			
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
Diagnose-Datum:		k=klinisch; z=zytologisch; h=histologisch	
Tag	Monat	Jahr	
<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>
Diagnosesicherheit:		a=autoptisch; d=DCO; s=sonstiges; x=unbekannt	
(Bitte die höchste Stufe angeben) <input style="width: 30px;" type="text"/>			

Hauptlokalisation: (Lokalisation des Primärtumors nach ICD-O) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Nebenlokalisation: (Befall benachbarter Organe - Infiltration, bitte keine Fernmetastasen) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Seitenlokalisation R = rechts L = links B = beidseits S = Systemerkrankung M = Mittellinienzone X = unbekannt
---	---

Frühere Tumorerkrankung(en)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>	Jahr
Wenn ja, welche? (Wenn diese einen längeren Zeitraum zurückliegen und keine retrospektive Dokumentation möglich ist)	1.	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>
	2.	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>
	3.	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>

Diagnoseanlaß: <input type="checkbox"/>	T = Tumorsymptome; F = Krebsfrüherkennung (KFU); S = Selbstuntersuchung C = Screening; L = Langzeitbetreuung; A = andere Untersuchungen X = unbekannt
--	--

Chemotherapie in der Anamnese:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Strahlentherapie in der Anamnese:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wichtige Begleiterkrankungen:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

Tumorhistologie	
Pathologisches Institut:	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Histologie-Einsendenummer:	<input style="width: 150px;" type="text"/>

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

- 0** = Normale, uneingeschränkte Aktivität wie vor der Erkrankung
- 1** = Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, aber gehfähig; leichte körperliche Arbeit bzw. Arbeit im Sitzen (z.B. leichte Hausarbeit oder Büroarbeit) möglich
- 2** = Gehfähig, 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
Operation	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestrahlung	<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"/>
Hormontherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knochenmarkstransplantation	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stammzelltransplantation	<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"/>
Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychoonkologie	<input type="checkbox"/>			
andere (supportive) Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Intention

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

Welche?

Wiedervorstellung zur weiteren onkologischen Behandlung

Tag			Monat			Jahr				
-----	--	--	-------	--	--	------	--	--	--	--

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
- Pleuramesothelium
- 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 10⁹/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 10⁹/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 ≥ 15 000, im Knochenmark ≥ 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 10⁹/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 Promyelozyten-variant 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 (≤ 12 mg/dl bzw. ≤ 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 ≥ 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 eintragen!)

Therapien:

	Primärtherapie		Rezidivtherapie		Therapie			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>
Stammzellentransplantation	<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:

palliative Betreuung Nachsorge Therapie

Diagnostik ärztl. Betreuung/onk. Beratung Symptome

Zweitmeinung Planung

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

Untersuchungen:

Körperliche Untersuchungen CT Mammographie

Röntgen Kernspintomographie (NMR) Chirurgische Exploration

Labor Szintigraphie Histo-/Zytologie

Sonographie PET

Doppler Endoskopie

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

Abweichungen von Leitlinien:

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			
		Tag	Monat	Jahr	Ziel
1.	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
	OPS-2006 <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>				
2.	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
	OPS-2006 <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>				
3.	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
	OPS-2006 <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>				
4.	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
	OPS-2006 <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>				
5.	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
	OPS-2006 <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>				

Komplikationen j/n	<input style="width: 100%;" type="checkbox"/>
Welche?	<input style="width: 95%;" type="text"/>
	<input style="width: 95%;" type="text"/>
	<input style="width: 95%;" type="text"/>
	<input style="width: 95%;" type="text"/>
	<input style="width: 95%;" type="text"/>
	<input style="width: 95%;" type="text"/>



	Zielgebiet/Seite	Applik.Art	
1	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	P = Percutan (Tele/Brachytherapie) K = endokavitäre Kontakttherapie I = interstitielle Kontakttherapie M = Metabolische Th. (radionuclide) A = afterloading
2	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
3	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
4	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	

	Beginn	Ende
1	Tag <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Monat <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Jahr <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	Tag <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Monat <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Jahr <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
2	Tag <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Monat <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Jahr <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	Tag <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Monat <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Jahr <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
3	Tag <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Monat <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Jahr <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	Tag <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Monat <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Jahr <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
4	Tag <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Monat <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Jahr <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	Tag <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Monat <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Jahr <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>

	Gesamtdosis (Gy/Gbq)
1	<input style="width: 90%;" type="text"/>
2	<input style="width: 90%;" type="text"/>
3	<input style="width: 90%;" type="text"/>
4	<input style="width: 90%;" 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"/>



Arbeitsgemeinschaft
Deutscher Tumorzentren



Deutsche
Krebshilfe

ABSCHLUSS DATEN

Nachsorge abgeschlossen: Letzter Kontakt

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

Nachsorge abgebrochen: Letzter Kontakt

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

Patient wünscht keine weitere Nachsorge

Patient ist nicht mehr erschienen

Gesamtbeurteilung des Tumorstatus

Tumorfrei

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

Teilremission (Rückgang aller Tumormanifestationen um mindestens 50%)

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

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

Beurteilung nicht möglich

Vitalstatus: Datum

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

Patient verstorben: Todesdatum

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

Todesursache tumorbedingt fraglich

andere Todesursache unbekannt

Autopsie durchgeführt? J = Ja; N = Nein; X = Unbekannt

Datum

Unterschrift Arzt

Datum

Unterschrift Dokumentar/in

