



## Patientendaten

Nachname		Titel (z.B. Dr., Dipl. Ing.)		Namenszusatz (z.B. van, Graf von)	
Vorname(n)		Geburtsdatum (tt.mm.jjjj)		Nachsorgekalender Nr.	
Geburtsname		Frühere Namen			
Straße		Hausnr.			
PLZ	Wohnort (bei Diagnosestellung)		Land (falls Wohnort außerhalb Deutschlands)		
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt					
Versicherten-/Vertrags-Nr.		Kassen-Nr./Kostenträgerkennung		Krankenkasse/Kostenträger	
Beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> nein ja, <input type="checkbox"/>		Beihilfe-/Personal-Nr.		Beihilfefestsetzungsstelle	

## Einwilligung/Widerspruch der Patientin/des Patienten zur Datenspeicherung

- Patient ist informiert und hat nicht widersprochen
  Patient hat widersprochen
  Meldung von Ärzten ohne Patientenkontakt (z.B. Pathologie)
  Ausnahme: Unterrichtung entfällt, da Patient nicht über Krebserkrankung aufgeklärt

Erstdiagnosedatum	(tt.mm.jjjj)	ICD-10 Code	ICD-10 Version
Tumordiagnose			
Seitenlokalisierung <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseitig <input type="checkbox"/> mittig <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <input type="checkbox"/> unbekannt			

## Meldeanlass Strahlentherapie

Intention der Strahlentherapie		<input type="checkbox"/> kurativ	<input type="checkbox"/> palliativ	<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> fehlende Angabe
Stellung der Strahlentherapie zu einer OP		<input type="checkbox"/> ohne Bezug	<input type="checkbox"/> adjuvant	<input type="checkbox"/> neoadjuvant	<input type="checkbox"/> intraoperativ <input type="checkbox"/> Sonstiges
Bestrahlung 1	Beginn (tt.mm.jjjj)	-	Ende (tt.mm.jjjj)	Zielgebiet Seite	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseitig <input type="checkbox"/> mittig <input type="checkbox"/> unbekannt
Zielgebiet	Zielgebietsschlüssel			(siehe Liste)	
Einzeldosis	Gesamtdosis	<input type="checkbox"/> Gy oder <input type="checkbox"/> GBq			
Applikationsart	Schlüssel <input type="checkbox"/> mit Zusatzangabe			(siehe Liste)	
Bestrahlung 2	Beginn (tt.mm.jjjj)	-	Ende (tt.mm.jjjj)	Zielgebiet Seite	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseitig <input type="checkbox"/> mittig <input type="checkbox"/> unbekannt
Zielgebiet	Zielgebietsschlüssel			(siehe Liste)	
Einzeldosis	Gesamtdosis	<input type="checkbox"/> Gy oder <input type="checkbox"/> GBq			
Applikationsart	Schlüssel <input type="checkbox"/> mit Zusatzangabe			(siehe Liste)	
Grund Strahlentherapieende <input type="checkbox"/> reguläres Ende <input type="checkbox"/> Abbruch wegen Nebenwirkungen <input type="checkbox"/> Abbruch wegen Progress <input type="checkbox"/> Patient verweigert weitere Therapie <input type="checkbox"/> sonstige Gründe <input type="checkbox"/> unbekannt					
Nebenwirkungen					
Schweregrad CTC <input type="checkbox"/> keine/höchstens Grad 2 <input type="checkbox"/> stark/ausgeprägt <input type="checkbox"/> lebensbedrohlich <input type="checkbox"/> tödlich <input type="checkbox"/> unbekannt CTC-Version					
Tumorkonferenz <input type="checkbox"/> prätherapeutisch (tt.mm.jjjj) <input type="checkbox"/> postoperativ (tt.mm.jjjj) <input type="checkbox"/> posttherapeutisch (tt.mm.jjjj)					
Anmerkungsfeld (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind)					

## Melderdaten

Melddatum (tt.mm.jjjj)

Name	Melder-ID
Krankenhaus, Praxis, Institut	LANR/ZahnarztNr.
Abteilung, Station	BSNR
Straße, Hausnr.	IK (Institutionskennzeichen)
PLZ	Ort

# Ausfüllhinweise Meldeanlass „Strahlentherapie“

Zur Erfüllung der im KFRG; §65c SGB V und dem Bayerischen Krebsregistergesetz vom 07.03.2017 festgelegten Meldepflicht muss jede/r Ärztin/Arzt und jede meldepflichtige Person/Einrichtung die **von ihr/ihm durchgeführte** Diagnostik, Therapie und Nachsorge einer Krebserkrankung an das zuständige Regionalzentrum innerhalb von 2 Monaten melden.

**Erkrankungsinformationen, die ein/e Ärztin/Arzt nur nachrichtlich erhält, sind nicht zu melden.**

Die Meldepflicht gilt für alle Meldeanlässe ab dem **01.04.2017**, unabhängig von dem Datum der Erstdiagnose.

**Meldepflichtige Diagnosen** siehe [www.krebsregister-bayern.de/information\\_aerzte\\_diagnosen\\_d.html](http://www.krebsregister-bayern.de/information_aerzte_diagnosen_d.html)

Jede **tumorspezifische** Strahlentherapie ist für jeden Primärtumor auf einem separaten Bogen zu melden. Im Hinblick auf die Meldepflicht innerhalb von 2 Monaten nach Leistungserbringung sind bei länger andauernder Strahlentherapie Beginn und Ende 2 getrennte Meldeanlässe. Strahlentherapeutische Behandlungen, die im zeitlichen Verlauf getrennt sind und einen anderen Behandlungsansatz haben, werden auf separaten Bögen gemeldet und vergütet, z.B. Bestrahlung Primärtumor+LA, nach Behandlungspause Bestrahlung einer Metastase.

## Tumordiagnose, ICD-10, Nebenwirkungen nach CTC

Bitte Angabe sowohl des Freitextes als auch der Codes. Die zugehörigen Versionsfelder sind für die Zuordnung der Informationen in den korrekten Kontext unbedingt notwendig. Die Versionsfelder sind – um Ihnen das Ausfüllen zu erleichtern – mit der aktuellen Version vorbelegt; bitte unbedingt ändern, falls sich Ihr Eintrag auf eine andere Version bezieht.

Diagnose: 5-stelliger Code, z.B. C50.4, D05.1; aktuelle Version: ICD-10-GM 2019 ab 01.01.2019

CTC (Common Terminology Criteria for Adverse Events): Grad der akuten Nebenwirkungen bis zum 90. Tag nach Bestrahlungsbeginn; aktuelle Version: 4

## Zielgebietsschlüssel (V2.1.0, Stand 08.12.2017)

- ZNS:** 1.1. Ganzhirn, 1.2. Teilhirn, 1.3. Neuroachse
- Kopf-Hals** mit (+) / ohne (-) Lymphknotenregion (in Verbindung mit jeweiligen Tumor):  
2.1. Orbita (+/-), 2.2. Nase/ Nasennebenhöhle (+/-), 2.3. Mundhöhle (+/-), 2.4. Ohr (+/-), 2.5. Speicheldrüse (+/-),  
2.6. Pharynx (+/-), 2.7. Larynx (+/-), 2.8. Schilddrüse (+/-), 2.9. Halslymphknoten (ohne Primärtumor)
- Thorax** mit (+) / ohne (-) Lymphknotenregion (in Verbindung mit jeweiligen Tumor):  
3.1. Mamma als Ganzbrust (+/-), 3.2. Mamma als Teilbrust (+/-), 3.3. Brustwand (z.B. Rezidive n. Ablatio, Sarkome) (+/-),  
3.4. Lunge (+/-), 3.5. Ösophagus (+/-), 3.6. Thymus (+/-), 3.7. Mediastinale Lymphknoten (ohne Primärtumor)
- Abdomen** (ohne Becken) mit (+) / ohne (-) Lymphknotenregion:  
4.1. Magen (+/-), 4.2. Pankreas (+/-), 4.3. Leber (+/-), 4.4. Milz (+/-), 4.5. Niere (+/-), 4.6. Nebenniere (+/-), 4.7. Retroperitoneale Lymphknoten (ohne Primärtumor), 4.8. Retroperitoneum (z.B. Sarkome) (+/-), 4.9. Bauchwand (z.B. Sarkome) (+/-)
- Becken** mit(+)/ ohne(-) Lymphknotenregion: 5.1. Rektum (+/-), 5.2. Analkanal (+/-), 5.3. Harnblase (+/-), 5.4. Prostata (+/-),  
5.5. Hoden (+/-), 5.6. Penis (+/-), 5.7. Uterus, Zervix (+/-), 5.7.1. Uterus (+/-), 5.7.2. Zervix (+/-), 5.8. Ovar (+/-), 5.9. Vulva (+/-),  
5.10. Vagina (+/-), 5.11. Beckenwand (+/-), 5.12. Beckenlymphknoten (ohne Primärtumor)
- Stütz-/Bewegungsapparat:**  
6.1. Schädelknochen, 6.2. Rippen, 6.3. Sternum, 6.4. HWS, 6.5. BWS, 6.6. LWS, 6.7. Knöchernes Becken, 6.8. Hüfte,  
6.9. Achsel, 6.10. Oberarm, 6.11. Unterarm, 6.12. Hand, 6.13. Leiste, 6.14. Oberschenkel, 6.15. Unterschenkel, 6.16. Fuß
- Haut (+/-):** 7.1. Primärer Hauttumor (auch kutane Lymphome), 7.2. Hautmetastasen
- Sonstiges:** 8.1. Ganzkörperbestrahlung, 8.2. Mantelfeldbestrahlung

Dosisangaben in Gy oder GBq

## Applikationsart

**P** = perkutan (Teletherapie), **K** = endokavitäre Kontakttherapie (Brachytherapie)  
**I** = interstitielle Kontakttherapie (Brachytherapie), **M** = metabolische Therapie (Radionuklide)

wenn **P:** Zusatzangabe **RC** (Radiochemotherapie/Sensitizer): ja/nein  
wenn **K oder I:** Zusatzangabe **HDR** (high dose rate therapy),  
**PDR** (pulsed dose rate therapy),  
**LDR** (low dose rate therapy)  
wenn **M:** Zusatzangabe **SIRT** (Selektive Interne Radio-Therapie),  
**PRRT** (Peptid-Radio-Rezeptor-Therapie)  
**S** = Sonstiges

## Generelle Ausfüllhinweise

Für die Meldevergütung durch die Krankenkassen sind folgende Angaben unbedingt notwendig:

**Patient:** Krankenversicherungsdaten (GKV/PKV/Beihilfe/Freie Heilfürsorge); falls diese bereits mit der Diagnosemeldung dem Krebsregister gemeldet wurden, sind sie hier entbehrlich – außer es erfolgte zwischenzeitlich ein Wechsel der Versicherung. Maßgeblich sind die Versicherungsdaten zum Datum der medizinischen Leistung, nicht zum Diagnosedatum.

**Melder:** Institutionskennzeichen (IK) eines Krankenhauses **oder** die Kombination von lebenslanger Arztnummer (LANR) und Betriebsstättennummer (BSNR) der/des an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztin/Arzt oder Zahnarzt/nummer. Eine Meldung wird vergütet, wenn sie die landesrechtlich vorgesehenen Mindestangaben enthält.

Haben Sie von Ihrem zuständigen Regionalzentrum des Bayerischen Krebsregisters bereits eine **Melder-ID** erhalten, genügt die Angabe dieser und Ihres Nachnamens für alle weiteren Meldungen.

Datumsangaben im Format tt.mm.jjjj

Sind Tag und Monat nicht genau bekannt, bitte mit jeweils 00 auffüllen