

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

Anschrift des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit



Bayerisches Krebsregister

Beihilfeberechtigt

nein

ja,

Beihilfe-/Personal-Nr.

Beihilfefestsetzungsstelle

Geburtsname

Frühere Namen

Nachsorgekalender Nr.

Land (falls Wohnort außerhalb Deutschlands)

Geschlecht

männlich

weiblich

divers

unbekannt

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)

Tumordiagnose

ICD-10 Code

ICD-10 Version

Seitenlokalisation

links

rechts

beidseitig

mittig

trifft nicht zu

unbekannt

Meldeanlass Strahlentherapie

Intention der Strahlentherapie

kurativ

palliativ

Sonstiges

fehlende Angabe

Stellung der Strahlentherapie zu einer OP

ohne Bezug

adjuvant

neoadjuvant

intraoperativ

Sonstiges

Bestrahlung 1

-

Zielgebiet Seite

links

rechts

beidseitig

mittig

unbekannt

Beginn (tt.mm.jjjj)

Ende (tt.mm.jjjj)

Zielgebiet

Zielgebietsschlüssel

(siehe Liste)

Einzeldosis

Gesamtdosis

Gy oder GBq

Applikationsart

Schlüssel

mit Zusatzangabe

(siehe Liste)

Bestrahlung 2

-

Zielgebiet Seite

links

rechts

beidseitig

mittig

unbekannt

Beginn (tt.mm.jjjj)

Ende (tt.mm.jjjj)

Zielgebiet

Zielgebietsschlüssel

(siehe Liste)

Einzeldosis

Gesamtdosis

Gy oder GBq

Applikationsart

Schlüssel

mit Zusatzangabe

(siehe Liste)

Grund Strahlentherapieende

reguläres
Ende

Abbruch wegen
Nebenwirkungen

Abbruch wegen
Progress

Patient verweigert
weitere Therapie

sonstige
Gründe

unbekannt

Nebenwirkungen

Schweregrad CTC

keine/höchstens Grad 2

stark/ausgeprägt

lebensbedrohlich

tödlich

unbekannt

CTC-Version

Tumorkonferenz

prätherapeutisch

postoperativ

posttherapeutisch

(tt.mm.jjjj)

(tt.mm.jjjj)

(tt.mm.jjjj)

Anmerkungsfeld (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind)

Melderdaten

Melddatum

(tt.mm.jjjj)

Name

Krankenhaus, Praxis, Institut

Abteilung, Station

Straße, Hausnr.

PLZ

Ort

Melder-ID

LANR/ZahnarztNr.

BSNR

IK (Institutionskennzeichen)

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 mit ab dem **01.04.2017**, unabhängig von dem Datum der Erstdiagnose.

Meldepflichtige Diagnosen siehe 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