

Anmeldung zur Protonentherapie

Patientenangaben

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Krankenkasse:

Adresse, Telefonnummer:

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus Dresden
an der Technischen
Universität Dresden
Anstalt des öffentlichen Rechts des
Freistaates Sachsen

Hausanschrift:
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Telefon +49 (0) 351 458-0
www.uniklinikum-dresden.de

**Klinik für Strahlentherapie und
Radioonkologie Direktorinnen:**
Prof. Dr. med. Dr. E. Troost und
Prof. Dr. med. M. Krause

Anmeldung:
Telefon +49 (0) 351 458 15693
Email Protonentherapie@ukdd.de
www.uniklinikum-dresden.de/str

Behandelnde Kinderonkologie:

Adresse (E-Mail/ Telefonnummer):

**Klinik und Poliklinik für Kinder- und
Jugendmedizin**
Direktor: Prof. Dr. med. R. Berner

Kontakt:
Telefon +49 (0) 351 458 4055
kik-cm-s2@ukdd.de
www.uniklinikum-dresden.de/kik

Behandelnde Strahlentherapie:

Adresse (E-Mail/ Telefonnummer):

**Strahlentherapeutischer
Ansprechpartner:**
Dr. med. C. Valentini
Telefon +49 (0) 351 458 19452
Email Chiara.Valentini@ukdd.de

**Kinderonkologischer
Ansprechpartner:**
Dr. med. C. Zinke
Telefon +49 (0) 351 458 18871
E-mail Claudia.Zinke@ukdd.de

Geplanter Bestrahlungsbeginn:

Datum:

Diagnose

Entität:

Subtyp:

Datum der Erstdiagnose:

Ausdehnung lokal:

Regional- / Fernmetastasen:

Klassifikation / WHO-Grad / IRS-Stadium etc.:

Rezidiv

Ja: ☐ Nein: ☐

Erstdiagnose Rezidiv:

Ausdehnung lokal:

Regional- / Fernmetastasen:

Klassifikation / WHO-Grad / IRS-Stadium etc.:

Relevante Nebendiagnosen:

Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn „ja“, bitte spezifizieren:

Diagnostik und Untersuchungen zur Erstdiagnose:

Histopathologischer Befund:

vorhanden: Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn „ja“, bitte Originalbefund anhängen:

Histopathologischer Referenzbefund:

vorhanden: Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn „ja“, bitte Originalbefund anhängen:

Bildgebung der primären Diagnose:

CT: Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn „ja“, bitte Originalbefund anhängen:

MRT: Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn „ja“, bitte Originalbefund anhängen:

Szintigraphie: Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn „ja“, bitte Originalbefund anhängen:

PET CT / MRT Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn „ja“, bitte Originalbefund anhängen:

Ergänzende wichtige Untersuchungen:

Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn „ja“, bitte Originalbefund anhängen:

Aktuelle Diagnostik und Untersuchungen (nicht älter als 6 Wochen):

CT: Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn „ja“, bitte Originalbefund anhängen:

MRT: Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn „ja“, bitte Originalbefund anhängen:

Referenz-MRT: Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn „ja“, bitte Originalbefund anhängen:

Szintigraphie: Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn „ja“, bitte Originalbefund anhängen:

PET CT / MRT Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn „ja“, bitte Originalbefund anhängen:

Referenz- Szintigraphie: Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn „ja“, bitte Originalbefund anhängen:

Ergänzende wichtige Untersuchungen:

Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn „ja“, bitte Originalbefund anhängen:



Aktuelle Medikation:

Ja: ☐ Nein: ☐

Präparat	Wirkstoff	Applikations- form	Dosis	M	M	A	N	Bemerkungen

Therapie seit Diagnose:

Teilnahme an Therapieoptimierungsstudien / Register:

Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn „ja“, bitte Studie/ Register und Behandlungsarm benennen:

OP inkl. Resektionsausmaß:

Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn „ja“, bitte Operationen mit Datum und Resektionsausmaß benennen:

Vorherige Radiotherapie:

Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn „ja“, bitte kurze Übersicht und Komplikationen im Textfeld und die originalen Vorbestrahlungsdaten anhängen:

Chemotherapie / Immuntherapie / zielgerichtete Therapie:

Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn „ja“, bitte Angabe von Therapieprotokoll mit Datum der bisherigen Therapieblöcke und Therapieübersicht anhängen:

Therapiekomplicationen:

Ja:

☐

Nein:

☐

Wenn „ja“, bitte spezifizieren:

Bisherige Transfusionen:

Ja:

☐

Nein:

☐

Wenn „ja“, bitte Anzahl/ Verträglichkeit:

Zugänge:

Zentralvenöser Zugang:

Ja:

☐

Nein:

☐

Geplant:

☐

Wenn „ja“, bitte spezifizieren:

VP-Shunt:

Ja:

☐

Nein:

☐

Wenn „ja“, bitte spezifizieren (Modell, Einstellung):

Sonstige Zugänge (Trachealkanüle, nasogastrale Magensonde, PEG, PEJ, Rickham / Omay-Reservoir):

Ja:

☐

Nein:

☐

Wenn „ja“, bitte spezifizieren:

Geplante simultane Chemotherapie:

Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn „ja“, bitte spezifizieren Sie die geplante Therapie mit Zeitpunkt und Dosierung:

Geplante Protonentherapie:

Empfehlungen Referenzzentrum und / oder Studienleitung:

Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn „ja“, bitte Schreiben beifügen:

Nur bei Tumoren des Gehirns, Schädel/Halses:

Hörtest:

Nein: ☐

Unauffällig: ☐

Pathologisch: ☐

Datum:

Bitte Originalbefund anhängen:

Sehtest:

Nein: ☐

Unauffällig: ☐

Pathologisch: ☐

Datum:

Bitte Originalbefund anhängen:

Endokrinologische Befunde:

Nein: ☐

Unauffällig: ☐

Pathologisch: ☐

Datum:

Bitte Originalbefund anhängen:

Nur bei Tumoren des Halses/ spinal:

Sonographie der Schilddrüse:

Nein: ☐
Unauffällig: ☐
Pathologisch: ☐
Datum:

Bitte Originalbefund anhängen:

TSH Baseline-Werte:

Nein: ☐
Unauffällig: ☐
Pathologisch: ☐
Datum:

Bitte Originalbefund anhängen:

Nur bei Tumoren der Lunge:

Lungenfunktion:

Nein: ☐
Unauffällig: ☐
Pathologisch: ☐
Datum:

Bitte Originalbefund anhängen:

Röntgen-Thorax:

Nein: ☐
Unauffällig: ☐
Pathologisch: ☐
Datum:

Bitte Originalbefund anhängen:

Echokardiographie:

Nein: ☐
Unauffällig: ☐
Pathologisch: ☐
Datum:

Bitte Originalbefund anhängen:

Nur bei Tumoren des Oberbauches:

Leberfunktion:

Nein: ☐
Unauffällig: ☐
Pathologisch: ☐
Datum:

Bitte Originalbefund anhängen:

Nierenfunktion:

Nein: ☐
Unauffällig: ☐
Pathologisch: ☐
Datum:

Bitte Originalbefund anhängen:

Nierenszintigraphie:

Nein: ☐
Unauffällig: ☐
Pathologisch: ☐
Datum:

Bitte Originalbefund anhängen:

Nur bei Tumoren des Unterbauches (bei Mädchen):

Ovarialtransposition:

Ja: ☐
Nein: ☐
Datum:

Bitte Originalbefund anhängen:

Weitere relevante Befunde je Tumorentität:

Tumormarker:

Nein: ☐

Unauffällig: ☐

Pathologisch: ☐

Datum:

Bitte Originalbefund anhängen:

Lumbalpunktion mit Frage nach Tumorzellen:

Nein: ☐

Unauffällig: ☐

Pathologisch: ☐

Datum:

Bitte Originalbefund anhängen:

Aktuelle Laborwerte (Blutbild, Kreatinin, ...),

bitte bei Erstvorstellung nicht älter als 1 Woche mitbringen!

Datum:

Allergien:

Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn „ja“, bitte spezifizieren:

Infektiöse Besiedelung mit Isolationsbedarf:

Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn „ja“, bitte spezifizieren:

Tumorboardbeschlüsse:

Vorstellung im Tumorboard der betreuenden Kinderonkologie:

Ja: ☐ Nein: ☐

Datum:

Bitte Originalbefund anhängen:

Tumorboardempfehlung der Studienleitung:

Ja: ☐ Nein: ☐

Datum:

Bitte Originalbefund anhängen:

Zusammenfassung der erforderlichen Anlagen:

- ☐ Arztbrief
- ☐ initiale Bildgebung
- ☐ aktuelle Bildgebung
- ☐ Befunde entscheidender Bildgebung
- ☐ Histopathologische Befunde
- ☐ Chemotherapie Übersicht
- ☐ Tumorkonferenz Empfehlung
- ☐ Empfehlung Referenzzentrum und/oder Studienzentrale
- ☐ Einverständnis zur Chemotherapie
- ☐ aktuelles Labor
- ☐ HNO-Bericht (Audiometrie)
- ☐ Augenärztlicher Befund
- ☐ Liquorzytologie
- ☐ Schilddrüensonographie/ TSH Baseline-Werte
- ☐ Lungenfunktion/ Röntgen-Thorax/ Echokardiographie
- ☐ Leberfunktion/ Nierenfunktion/ Nierenzintigraphie
- ☐ Ovarialtransposition
- ☐ wichtige mikrobiologische Befunde (Abstriche)

Weitere Anlagen:

Ort, Datum

Ansprechpartner

Unterschrift

Telefon

Fax

E-Mail