

## Basisdatenerhebung für Strahlentherapie / Radioonkologie in Thüringen

**Anschrift der Praxis / Abteilung / Klinik für Strahlentherapie / Radioonkologie**

.....  
.....  
.....  
.....

Telefon / Fax

.....

E-mail:

.....

**Ansprechpartner**

Direktor / Chefarzt / med. Strahlenschutzbeauftragter

.....  
.....

Leitender Oberarzt / Stellvertreter

.....  
.....

verantwortlicher Medizinphysiker

.....  
.....

Aktuelles Datum   .   .

Referenzjahr f. alle Angaben

### 1. Art der Institution

- |                                |                          |                            |                          |
|--------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Private Praxis                 | <input type="checkbox"/> |                            |                          |
| Öffentlicher Krankenhausträger | <input type="checkbox"/> | Privater Krankenhausträger | <input type="checkbox"/> |
| Akademisches Lehrkrankenhaus   | <input type="checkbox"/> | Universitätskrankenhaus    | <input type="checkbox"/> |

### 2. Struktur der Institution

Die Strahlentherapie ist:

- |                              |                          |     |                          |
|------------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|
| Selbständige Klinikabteilung | <input type="checkbox"/> | MVZ | <input type="checkbox"/> |
| Strahlentherapie Praxis      | <input type="checkbox"/> |     |                          |

Zur Strahlentherapie gehören:

- |                         |                          |                         |   |
|-------------------------|--------------------------|-------------------------|---|
| Perkutane Therapie      | <input type="checkbox"/> | Ambulanz / MVZ          | <input type="checkbox"/>                          |
| Orthovolttherapie       | <input type="checkbox"/> | Klinische Bettenstation | <input type="checkbox"/>                          |
| Brachytherapie          | <input type="checkbox"/> | Zahl klinische Betten   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Werkstatt / Technikraum | <input type="checkbox"/> |                         |   |

### 3. Patienten (im Referenzjahr)

Zahl der **insgesamt neu behandelten** Patienten

(Zahl von Patienten, die Radiotherapie im Referenzjahr beginnen, auch wenn sie keine neuen Patienten (z.B. vorbestrahlt) sind; Patienten mit Split-Course gelten nur einmal)

davon: Tumorpatienten

Nicht-Tumor-Patienten

ambulant behandelte Patienten

stationär behandelte Patienten

## Behandelte Tumorerkrankungen:

Hirntumoren

Kopf-Hals-Tumoren

Lymphome / NHL

Mammakarzinom

Bronchialkarzinom

Gastro-Intestinale Tumoren  
(Ösophagus / Magen / Pankreas, etc.)

Gastro-Intestinale Tumoren  
(Rektum / Anus)

Gynäkologische Tumoren  
(Endometrium / Zervix / Vagina / Vulva)

Urogenitale Tumoren  
(Niere / Blase / Prostata / Hoden)

Sarkome (Knochen, Bindegewebe)

Kindliche Tumore

Knochenmetastasen

Hirnmetastasen

Sonstige Tumoren.....

## Gutartige Erkrankungen

Degenerative Gelenkerkrankungen

Heterotope Ossifikation

Akute Entzündungen

Endokrine Orbithopathie

Hypertrophe Erkrankungen

Radiochirurgie / Stereotaxie  
(AVM, Meningiome, Akustikusneurinome)

**4. Personal (Vollzeitstelle = 1,0)****VK= Vollkräfte****Ärzte****Anzahl****Anzahl**Fachärzte Strahlentherapie  
davon VK  
Sonstige Ärzte  
davon mit FK  
davon VK  
  
**Physiker / Ingenieur****Anzahl****Anzahl**Medizinphysikexperte  
davon VK  
techn. Personal o. Fachkunde  
davon VK  
**Mittl. med. u. med.-techn. Personal****Anzahl****Anzahl**Assistent(inn)en MTRA  
davon VK  
Med.techn.Hilfskräfte lt.StrSchV  
davon VK  
**Anzahl**Funktionsschwestern  
davon VK  
**5. Geräteausstattung**Linearbeschleuniger 1 Typ: ..... Installationsjahr Elektronen  -  MeV Photonen  /  MVBildgebung KeV  MV  2D  3D MLC- System J  / N  Lamellenanzahl .....Linearbeschleuniger 2 Typ: ..... Installationsjahr Elektronen  -  MeV Photonen  /  MVBildgebung KeV  MV  2D  3D MLC- System J  / N  Lamellenanzahl .....Linearbeschleuniger 3 Typ: ..... Installationsjahr Elektronen  -  MeV Photonen  /  MVBildgebung KeV  MV  2D  3D MLC- System J  / N  Lamellenanzahl .....

weitere Hochvolttherapie	Typ: .....	Installationsjahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
V + R – System	Typ: .....	Installationsjahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Zusatztechnik für Stereotaxie	Typ: .....	Installationsjahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Orthovolt-Gerät	Typ: .....	Installationsjahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Simulator	Typ: .....	Installationsjahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Virtuelle Simulation	Typ: .....	Installationsjahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Computertomograph	Typ: .....	Installationsjahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Brachytherapiegerät	Typ: .....	Installationsjahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Brachytherapieindikation:

Gynäkologie	<input type="checkbox"/>	Oesophagus	<input type="checkbox"/>	Bronchialsystem	<input type="checkbox"/>
HNO interstitiell	<input type="checkbox"/>	Mamma interstitiell	<input type="checkbox"/>	Prostata	<input type="checkbox"/>
Seeds	<input type="checkbox"/>	Sonstige	<input type="checkbox"/>		

**6. Strahlentherapie - Planung und Ablauf**

**Planungssysteme**

1.....	Typ: .....	Installationsjahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.....	Typ: .....	Installationsjahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.....	Typ: .....	Installationsjahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.....	Typ: .....	Installationsjahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Einfache Planungen pro Jahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3D-CT-Planungen pro Jahr konventionell	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
IMRT-Planung pro Jahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Brachytherapieplanungen pro Jahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**Verifikation:**

Nutzung bei:                  Ersteinstellung                  J  / N   
  Plan-Umstellung                  J  / N   
  wöchentlich         /        täglich

**Therapiedurchführung :**

Hochvolt-Therapie Patienten                    
IMRT/ VIMAT Plan/ Jahr                    
Orthovolt-Therapie Patienten                    
Brachytherapie        Patienten                 

**Tumornachsorge / Untersuchungen p.a.:**

**7. Qualitätsmanagement / Therapieleitlinien**

DEGRO                                    DKG / ARO                    
S3-Leitlinien                 

.....  
Ort, Datum / Stempel, Unterschrift