

(Stempel des einsendenden Instituts):

Patientendaten (einschl. Geburtsname und -datum)
bitte auch auf den Durchschriften!

Telefon: (_____) _____ - _____ Bitte mit Durchwahl

Klinik für Strahlentherapie, Universität Köln
Priv. Doz. Dr. H. T. Eich
Referenzstrahlentherapie GHSG
50924 Köln

RADIODTHERAPIEBOGEN **RX**

Studie: PVAG-14 Pilot

Bogen-ID: Case-ID:

Lokalisation der Bestrahlungsfelder

SUPRADIAPHRAGMAL

Ziffern: _____ / _____ / _____ / _____
(s. Grafik)

INFRADIAPHRAGMAL

Ziffern: _____ / _____ / _____ / _____
(s. Grafik)

Strahlenqualität Phot. Elektr.

Strahlenenergie MeV

Einzeldosis Gy

Wochendosis Gy

Gesamtdosis Gy

Erste Bestrahlung
Tag Monat Jahr

Letzte Bestrahlung
Tag Monat Jahr

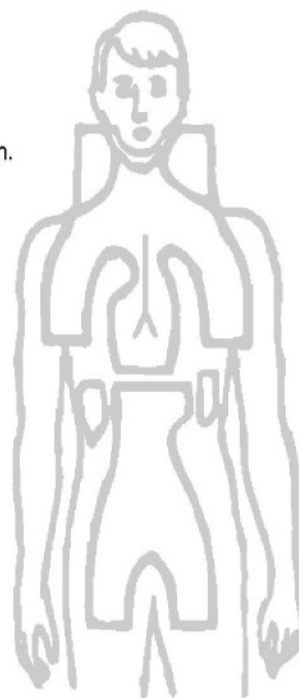
Bestrahlungsfelder (bitte einzeichnen!)

Rechts:

- 1 Waldeyer Ring
- 3 hochzer./nuch./subm.
- 5 zervikal
- 7a supraklav.
- 7b infraklav.
- 9 axillär
- 11a oberes Mediastinum
- 12 Lungenhilus
- 17a Leberhilus
- 17b zöliakal
- 18 mesenterial
- 22 iliakal
- 24 inguinal/femoral

Links:

- 2 Waldeyer Ring
- 4 hochzer./nuch./subm.
- 6 zervikal
- 8a supraklav.
- 8b infraklav.
- 10 axillär
- 11b unteres Mediastinum
- 13 Lungenhilus
- 19 Milz
- 20 Milzhilus
- 21 paraaortal
- 23 iliakal
- 25 inguinal/femoral
- 26 Skelett



30 Sonstige (Klartext) _____

Kontroll- u. Verifikationsfilme eingeschickt? ja nein

Moulage verwendet? ja nein

3-D konformelle RT ja nein

IMRT ja nein

Toxizität unter Radiotherapie Grad 3/4?

ja nein

falls ja, bitte genaue Angaben nach CTC-Score:

Abweichungen vom Therapieprotokoll? nein

ja, **Begründung:**

ja nein

Progreß unter Therapie

Toxizität
wenn ja, welche:

auf Patientenwunsch

HL unabhängige Erkrankung
wenn ja, welche:

Bemerkungen:

Kriterium	Grad 3	Grad 4
Anaemie		
Leukopenie		
Thrombopenie		
Übelkeit/Erbrechen		
Dysphagie		
Schleimhäute		
Herz		
Respirationstrakt		
Kehlkopf		
Urogenitaltrakt		
Nervensystem		
Haut lokal/RT-Feld		
Blutungen		
Alopezie		
Infektion		

Datum, Unterschrift in Druckschrift