

## Struktur der Praxis / Klinik für Strahlentherapie / Röntgentherapie

Betreiber-Nummer: R- \_\_\_\_\_ (bitte immer angeben)

### Persönliche Identifikation der Praxis / Abteilung / Klinik für Radiotherapie

Name: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon / Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

### Anzuschreibende Kontaktpersonen in der Abteilung (Strahlenschutzbeauftragter)

Name: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Anzuschreibende Kontaktpersonen in der Verwaltung (Strahlenschutzverantwortlicher)

Name / Verwaltung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rechnungsanschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Zusätzliche Betreiber oder Kooperationen

Name: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon / Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

## Fragebogen „Qualitätssicherung Strahlentherapie“ ÄK Nordrhein

Aktuelles Datum \_\_\_\_\_

Referenzjahr für folgende Angaben \_\_\_\_\_

### 1. ART DER INSTITUTION

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

### 2. PATIENTEN (PRO JAHR)

Zahl der **insgesamt neu behandelten** Tumorpatienten; absolute Zahl (freiwillig = \_\_\_\_\_)

< 10       10 - 50       51 – 100       > 100

davon maligne Erkrankungen (\_\_\_\_\_) < 10     10 – 50     > 50

davon benigne Erkrankungen (\_\_\_\_\_) < 10     10 – 50     > 50

ambulant nachgesorgte Patienten (\_\_\_\_\_) < 10     10 – 50     > 50

#### Speziell behandelte Tumorerkrankungen

Basaliome (\_\_\_\_\_) < 10     10 – 50     > 50

Hauttumoren (\_\_\_\_\_) < 10     10 – 50     > 50

#### Sonstige Tumorerkrankung

Bezeichnung: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) < 10     10 – 50     > 50

Bezeichnung: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) < 10     10 – 50     > 50

Bezeichnung: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) < 10     10 – 50     > 50

#### Speziell behandelte nicht-maligne Erkrankungen (Detailangaben freiwillig)

Im Bereich Schulter/ Arm (\_\_\_\_\_) < 10     10 – 50     > 50

Im Bereich Rumpf (\_\_\_\_\_) < 10     10 – 50     > 50

Wirbelsäule (\_\_\_\_\_) < 10     10 – 50     > 50

Im Bereich Becken/ Bein (\_\_\_\_\_) < 10     10 – 50     > 50

Im Bereich Fuß (\_\_\_\_\_) < 10     10 – 50     > 50

Kopfbereich (\_\_\_\_\_) < 10     10 – 50     > 50

**Sonstige nicht maligne Erkrankungen**

Bezeichnung	(_____)	< 10 <input type="checkbox"/>	10 – 50 <input type="checkbox"/>	> 50 <input type="checkbox"/>
Bezeichnung	(_____)	< 10 <input type="checkbox"/>	10 – 50 <input type="checkbox"/>	> 50 <input type="checkbox"/>
Bezeichnung	(_____)	< 10 <input type="checkbox"/>	10 – 50 <input type="checkbox"/>	> 50 <input type="checkbox"/>

**3. PERSONAL**

**Ärzte**

Fachärzte Strahlentherapie \_\_\_\_\_ Assistenzärzte Strahlentherapie \_\_\_\_\_  
 Fachärzte für \_\_\_\_\_

**Physiker / Medizinischer Ingenieur**

voll ausgebildete Medizinphysiker \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

**Technische Assistent(inn)en**

RT Assistent(inn)en (MTRA) \_\_\_\_\_ Anzahl MFA \_\_\_\_\_

**4. GERÄTE (N) ( falls möglich mit Angabe von Name, Typ, Spezifikation und Alter)**

**Röntgen-G.** (\_\_\_) kV-Bereich \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_ kV Installationsjahr: \_\_\_\_\_

Bezeichnung: \_\_\_\_\_

**Röntgen-G.** (\_\_\_) kV-Bereich \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_ kV Installationsjahr: \_\_\_\_\_

Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Routinemäßige(s): Nein  Ja  / Spezifikation(en): \_\_\_\_\_

Lagerungssystem(e): \_\_\_\_\_

Typische Einsatzgebiete: \_\_\_\_\_

Tabellenberechnungen: Nein  Ja

Spezifikation(en): \_\_\_\_\_

Dosisprofile: Nein  Ja

Spezifikation(en): \_\_\_\_\_

Korrekturfaktoren (bei Ausblockung irregulärer Felder) Nein  Ja

Spezifikation(en): \_\_\_\_\_

