

Struktur Praxis / Klinik für Strahlentherapie

Betreiber-Nummer: S- _____ (bitte immer angeben)

Name des Instituts: _____

Anschrift: _____

Telefon / Fax: _____

E-Mail-Adresse: _____

Strahlenschutzverantwortlicher: _____

Strahlenschutzbeauftragter: _____

Verantwortliche Kontaktpersonen

Radiotherapie (Name): _____

Medizinphysik (Name): _____

Verwaltung / Rechnungsadresse: _____

Zusätzliche Betreiber / Kooperationen / MVZ

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon / Fax: _____

E-Mail-Adresse: _____

Verantwortliche Kontaktpersonen

Radiotherapie (Name): _____

Chemotherapie (Name): _____

Medizinphysik (Name): _____

Verwaltung: _____

Fragebogen „Qualitätssicherung Strahlentherapie“ ÄK Nordrhein

Aktuelles Datum _____

Referenzjahr für folgende Angaben _____

1. ART DER INSTITUTION

Öffentlicher Krankenhausträger
Akademisches Lehrkrankenhaus

Private Praxis
Privater Krankenhausträger
Universitätskrankenhaus

2. STRUKTUR DER INSTITUTION

Die Radiotherapie / Strahlentherapie ist:

Selbständige Klinikabteilung
Gemeinschaftspraxis
Teilbereich eines MVZ
Teil eines Tumorzentrums

Eigenständige Praxis
Berufsausübungsgemeinschaft
Teilbereich der Radiologie

Welches: _____

Zur Radiotherapie / Strahlentherapie gehören:

Bestrahlungsbereich
Brachytherapiebereich
Zahl Brachytherapie-Betten _____
Chemotherapie-Plätze ambulant _____
Verwaltungsbereich
Werkstatt / Technikraum
Zahl der Bestrahlungseinheiten _____

Ambulanz / Poliklinik
Klinische Bettenstation _____
Zahl klinische Betten _____
Chemotherapie-Betten _____
Klinisches Labor
Besprechungsraum / Bibliothek
Zahl der Untersuchungsplätze _____

3. PATIENTEN (PRO JAHR)

Zahl der **insgesamt neu behandelten** Tumorpatienten; genaue Zahl (freiwillig = _____)

1 – 350 /

351 – 1.000 /

> 1.000

(d.h. Zahl von Patienten, die eine Radiotherapie im Referenzjahr beginnen, auch wenn sie keine neuen Patienten sind, z. B. vorbestrahlt sind; Patienten mit Split-Course gelten nur einmal; dazu gehören konventionelle, Megavolt- und Brachytherapie-Bestrahlungen)

ambulant nachgesorgte Patienten (_____) < 100 100 – 500 > 500 > 1.000

stationär behandelte Patienten (_____) < 100 100 – 500 > 500 > 1.000

Nicht-Tumor-Patienten (_____) < 50 50 – 100 > 100

Anzahl behandelten Tumorerkrankungen

Hirntumore	genaue Zahl _____	1 – 10 <input type="checkbox"/>	10 – 50 <input type="checkbox"/>	> 50 <input type="checkbox"/>
Kopf-Hals-Tumore	genaue Zahl _____	1 – 10 <input type="checkbox"/>	10 – 50 <input type="checkbox"/>	> 50 <input type="checkbox"/>
Lymphome / NHL	genaue Zahl _____	1 – 10 <input type="checkbox"/>	10 – 50 <input type="checkbox"/>	> 50 <input type="checkbox"/>
Mammakarzinome	genaue Zahl _____	1 – 10 <input type="checkbox"/>	10 – 50 <input type="checkbox"/>	> 50 <input type="checkbox"/>
Bronchialkarzinome	genaue Zahl _____	1 – 10 <input type="checkbox"/>	10 – 50 <input type="checkbox"/>	> 50 <input type="checkbox"/>
Gastro-Intestinale Tumore Ösophagus / Magen / Pankreas, etc.	genaue Zahl _____	1 – 10 <input type="checkbox"/>	10 – 50 <input type="checkbox"/>	> 50 <input type="checkbox"/>
Gastro-Intestinale T. Rektum / Anus	genaue Zahl _____	1 – 10 <input type="checkbox"/>	10 – 50 <input type="checkbox"/>	> 50 <input type="checkbox"/>
Gynäkologische Tumore Endometrium / Zervix / Vagina / Vulva	genaue Zahl _____	1 – 10 <input type="checkbox"/>	10 – 50 <input type="checkbox"/>	> 50 <input type="checkbox"/>
Urogenitale Tumore Niere / Blase / Prostata / Hoden	genaue Zahl _____	1 – 10 <input type="checkbox"/>	10 – 50 <input type="checkbox"/>	> 50 <input type="checkbox"/>
Weichteilsarkome	genaue Zahl _____	1 – 10 <input type="checkbox"/>	10 – 50 <input type="checkbox"/>	> 50 <input type="checkbox"/>
Bindegewebstumore	genaue Zahl _____	1 – 10 <input type="checkbox"/>	10 – 50 <input type="checkbox"/>	> 50 <input type="checkbox"/>
Kindliche Tumore	genaue Zahl _____	1 – 10 <input type="checkbox"/>	10 – 50 <input type="checkbox"/>	> 50 <input type="checkbox"/>
Knochenmetastasen	genaue Zahl _____	1 – 10 <input type="checkbox"/>	10 – 50 <input type="checkbox"/>	> 50 <input type="checkbox"/>
Hirnmetastasen	genaue Zahl _____	1 – 10 <input type="checkbox"/>	10 – 50 <input type="checkbox"/>	> 50 <input type="checkbox"/>
Sonstige Tumore	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja; wenn ja, Anzahl: _____ und welche:		

Radiochemotherapie	genaue Zahl _____	< 10 <input type="checkbox"/>	10 – 50 <input type="checkbox"/>	> 50 <input type="checkbox"/>
bei Hirntumore Ösophagus-Ca Zervix-Ca	HNO-Tumore Magen/Pankreas Blasen-Ca	Bronchial-Tumor Kolorektalen Tu. Sonstige Malignome	Mamma-Ca Weichteil-Sa. , welche:	

Speziell behandelte nicht-maligne Erkrankungen

Endokrine Orbitopathie	genaue Zahl _____	1 – 10 <input type="checkbox"/>	10 – 50 <input type="checkbox"/>	> 50 <input type="checkbox"/>
Degenerative Erkrankungen	genaue Zahl _____	1 – 10 <input type="checkbox"/>	10 – 50 <input type="checkbox"/>	> 50 <input type="checkbox"/>
Heterotope Ossifik. bei TEP	genaue Zahl _____	1 – 10 <input type="checkbox"/>	10 – 50 <input type="checkbox"/>	> 50 <input type="checkbox"/>

Sonstige: _____

4. PERSONAL

Ärzte

Fachärzte Radiotherapie _____ Assistenzärzte Radiotherapie _____

Ärzte außerhalb des Stellenplans _____

Fachärzte Internistische Onkologie, Standort / Anzahl _____ / _____

Physiker / Medizinischer Ingenieur

Medizinphysik-Experten _____ Medizinphysiker in Ausbildung _____

weiteres Personal _____ Ingenieure / Techn. Fachpersonal _____

Technische Assistent(inn)en

RT Assistent(inn)en (MTRA) _____ Anzahl MTRA pro RT-Einheit _____

Verwaltungskräfte

Verwaltungspersonal / Schreibkräfte _____ **Sonstige Kräfte** (Freitext) _____

Aktuelle Geräte

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

Kobalt-60 () Fokus-Achs-Abstand _____ cm Installationsjahr: _____

Bezeichnung: _____

Linearbeschl. () Elektronen __ – __ MeV Photonen: __ – __ MV Installationsjahr: _____

Bezeichnung: _____

Linearbeschl. () Elektronen __ – __ MeV Photonen: __ – __ MV Installationsjahr: _____

Bezeichnung: _____

Linearbeschl. () Elektronen __ – __ MeV Photonen: __ – __ MV Installationsjahr: _____

Bezeichnung: _____

Linearbeschl. () Elektronen __ – __ MeV Photonen: __ – __ MV Installationsjahr: _____

Bezeichnung: _____

IORT. () Elektronen __ – __ MeV Photonen: __ – __ MV Installationsjahr: _____

Bezeichnung: _____

Sonstige () Elektronen __ – __ MeV Photonen: __ – __ MV Installationsjahr: _____

Bezeichnung: _____

Orthovolt-G. () kV-Bereich _____ – _____ kV Installationsjahr: _____

Bezeichnung: _____

Intrabeam () Typ: _____ Installationsjahr: _____

Bezeichnung: _____

Simulator(en) () Typ: _____ Installationsjahr: _____

Bezeichnung: _____

Remote-Afterloading Typ: _____ Installationsjahr: _____

Bezeichnung: _____

Remote-Afterloading Typ: _____ Installationsjahr: _____

Bezeichnung: _____

Quelle(n): Iridium 192 Sonstige: _____

Eingesetzte Verfahren: LDR HDR / PDR / Kontakt-Ther. und Dermaplatten

Endovaskuläre BT Koronar / periphere A. / Sonstige: _____

Seeds Nein Ja; wenn ja, welche Organe: _____

Bezeichnung: _____

Weitere Brachytherapie Nein Ja; wenn ja, welche: _____

Bezeichnung: _____

Bitte nur Geräte eintragen die für die Strahlentherapie genutzt werden:

Computertomograph Typ: _____ Installationsjahr: _____

Betreiber: _____

Kernspintomograph Typ: _____ Installationsjahr: _____

PET Typ: _____ Installationsjahr: _____

6. RADIOTHERAPIE-PLANUNG UND -ABLAUF

Planungssystem(e):

mit Anschaffungsjahr _____ Jahr _____

_____ Jahr _____

_____ Jahr _____

_____ Jahr _____

_____ Jahr _____

bzw. Software-Version _____

Stereotakt. Planungssystem _____

Seeds _____

Virtuelle Simulation Nein Ja Teilweise

Planungen: Qualität / Anzahl

Einfache Planungen pro Jahr (_____) < 100 100 – 500 > 500 > 1.000

3D-CT-Planungen pro Jahr (_____) < 100 100 – 500 > 500 > 1.000

Individualabsorber Nein Ja Spezifikation(en): _____

Multileaf-Kollimator: Nein Ja Bezeichnung: _____

7. THERAPIEDURCHFÜHRUNG: genaue Zahl (freiwillige Angabe = _____)

Hochvolt-Therapie	RT-Serien	(_____)	Zielvolumina	(_____)
		1 – 350		1 – 350
		351 – 500		351 – 500
		> 500		> 500

Brachytherapie	RT-Serien	(_____)	Applikationen	(_____)
		1 – 50		1 – 50
		51 – 500		51 – 500
		> 500		> 500

Orthovolt-Therapie	RT-Serien	(_____)	Zielvolumina	(_____)
		1 – 350		1 – 350
		351 – 500		351 – 500
		> 500		> 500

Stereotakt. RT.	RT-Serien	1 – 20 > 20
-----------------	-----------	----------------

IMRT	RT- Serien	1 – 350 > 350
------	------------	------------------

IORT	RT-Serien	1 – 20 > 20
------	-----------	----------------

Tumornachsorge genaue Zahl (freiwillige Angabe = _____)

< 200 200 – 500 500 – 1.000 > 1.000

8. VERIFIKATION

Feldkontrollaufnahmen Nein Ja

Verifikationssysteme

Portal Imaging

Bezeichnung: _____

Cone Beam CT

Bezeichnung: _____

9. QUALITÄTSMANAGEMENT / THERAPIELEITLINIEN

z. B. eigene Leitlinien Nein Ja , welche: _____

Mitarbeit in ARO / AGO etc. Nein Ja , welche: _____

Audit-Verfahren durchlaufen Nein Ja , welches: _____

Zertifizierung vorhanden / geplant Nein Ja , welche: _____

Sonstige Merkmale / Zusammenfassung der eigenen Konzeption (ggfs. Anlagen / Freitext):

10. RADIOTHERAPIE kombiniert mit ONKOLOGISCHER SYSTEMTHERAPIE

Durchführung A. in eigener Klinik B. mit (____) Kooperationspartnern
(S) Stationär (__ Tage) (T) Tagesstationär (1 Tag) (A) Ambulant

Onkologische Systemtherapie-Konzepte (ggfs. erweiterte Liste):

Diagnose: _____ Konzept: _____ (____)

Diagnose: _____ Konzept: _____ (____)

Diagnose: _____ Konzept: _____ (____)

Diagnose: _____ Konzept: _____ (____)

Diagnose: _____ Konzept: _____ (____)

Diagnose: _____ Konzept: _____ (____)

Diagnose: _____ Konzept: _____ (____)

Diagnose: _____ Konzept: _____ (____)

Aufklärung zur onkologischen Systemtherapie

durch: Radiotherapeut Internistischen Onkologen (Klinik) Kooperationspartner

Dokumentation der onkologischen Systemtherapie:

durch: Radiotherapeut Internistischen Onkologen (Klinik) Kooperationspartner

Erfolgen Therapien im Rahmen von **medizinischen Forschungsvorhaben / Studien** nach §§ 31 und 32 StrlSchG in den letzten 12 Monaten Nein / Ja

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift (Ltd. Arzt / Stellvertreter)