

## 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: \_\_\_\_\_



Anzahl behandelten Tumorerkrankungen

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

<b>Radiochemotherapie</b>	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 \_\_\_\_\_

**IT-Fachkräfte intern / extern** \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

Betreiber: \_\_\_\_\_

**PET** Typ: \_\_\_\_\_ Installationsjahr: \_\_\_\_\_

Betreiber: \_\_\_\_\_

**6. Radiotherapie-Planung und -Ablauf**

Planungssystem(e) inklusive zur Nachrechnung IMRT, mit Anschaffungsjahr:

\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_, SW, Version \_\_\_\_\_, Algorithmustyp A/B/C \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_, SW, Version \_\_\_\_\_, Algorithmustyp A/B/C \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_, SW, Version \_\_\_\_\_, Algorithmustyp A/B/C \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_, SW, Version \_\_\_\_\_, Algorithmustyp A/B/C \_\_\_\_\_

**Stereotaktisches Planungssystem**

\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_, SW, Version \_\_\_\_\_, Algorithmustyp A/B/C \_\_\_\_\_

**für Seed-Behandlung**

\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_, SW, Version \_\_\_\_\_, Algorithmustyp A/B/C \_\_\_\_\_

Virtuelle Simulation      Nein       Ja       teilweise

**Planungen: Qualität / Anzahl**

Einfache Planungen pro Jahr      (\_\_\_\_\_) < 100       100 – 500       > 500

3D-CT-Planungen pro Jahr      (\_\_\_\_\_) < 100       100 – 500       > 500

**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. Bildgeführte Strahlentherapie und Lagerungskontrolle**

Feldkontrollaufnahmen Ja  Nein

\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_, SW, Version \_\_\_\_\_

**Verifikationssysteme / IGRT-Systeme**

Portal Imaging (MV-System):

\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_, SW, Version \_\_\_\_\_

kV-Imaging: tragarmbasiert  raumfest

\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_, SW, Version \_\_\_\_\_

Volumenbildgebung: kV-Cone Beam CT  MV-Cone Beam CT

\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_, SW, Version \_\_\_\_\_

Oberflächen-Scanner

\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_, SW, Version \_\_\_\_\_

System für Bewegungsmanagement (z.B. atemgesteuerte RT)

\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_, SW, Version \_\_\_\_\_

**9. Ausstattung zur physikalisch-technischen Qualitätssicherung**

3D-Wasserphantom

\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_, SW, Version \_\_\_\_\_

Flächen- / Volumendetektor(en)

\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_, SW, Version \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_, SW, Version \_\_\_\_\_

Auswertungssoftware (z.B. für IMRT-QS)

\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_, SW, Version \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_, SW, Version \_\_\_\_\_

Phantom(e) für End-to-End-Test

\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_, SW, Version \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_, SW, Version \_\_\_\_\_

Phantom(e) für QS Bewegungsmanagement

\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_, SW, Version \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_, SW, Version \_\_\_\_\_

weitere spezielle Phantome

\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_, SW, Version \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_, SW, Version \_\_\_\_\_

**10. Radioonkologisches Klinikinformationssystem / Verifikation und Protokollieresystem**

\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_, SW, Version \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_, SW, Version \_\_\_\_\_

Serversysteme redundant

klinikintern

externes Rechenzentrum

**11. Qualitätsmanagement / Therapieleitlinien**

Arbeitsanweisungen / SOP Medizin

welche: \_\_\_\_\_

Arbeitsanweisungen / SOP Medizin-Physik

welche: \_\_\_\_\_

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):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**12. 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: \_\_\_\_\_ (\_\_\_)

**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)