

## Patienten-Anmeldung – Fax 030 – 688 39 475

Ich melde folgenden Patienten zu nachstehendem Projekt an:

### Patientendaten:

|                             |                                                                                     |                                     |                                                 |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Geburtsjahr                 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Geschlecht                          | <input type="radio"/> W <input type="radio"/> M |
| Praxisinternes<br>Pseudonym | <input type="text"/>                                                                | <input type="text"/>                |                                                 |
| Bisherige<br>RGB-Kennung    | <input type="text"/>                                                                | <input type="text"/> Therapiebeginn |                                                 |

### Qualitätssicherungsprojekte (Register) für onkologisch tätige Praxen

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                |                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <b>Primäres Mammakarzinom*</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="radio"/> präoperativ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="radio"/> adjuvant | <input type="radio"/> Rezidiv |
| <input type="radio"/> EC<br><input type="radio"/> FEC<br><input type="radio"/> FEC → Paclitaxel<br><input type="radio"/> FAC → Paclitaxel<br><input type="radio"/> EC → Paclitaxel<br><input type="radio"/> Paclitaxel → EC<br><input type="radio"/> AC → Paclitaxel<br><input type="radio"/> E → P → C dosisdicht<br><input type="radio"/> A → P → C dosisdicht<br><input type="radio"/> AP → CMF<br><input type="radio"/> Paclitaxel/Trastuzumab | <input type="radio"/> FEC → Docetaxel<br><input type="radio"/> FAC → Docetaxel<br><input type="radio"/> EC → Docetaxel<br><input type="radio"/> Docetaxel → EC<br><input type="radio"/> AC → Docetaxel<br><input type="radio"/> DEC<br><input type="radio"/> DAC<br><input type="radio"/> DCH<br><input type="radio"/> DC<br><input type="radio"/> Docetaxel/Epirubicin<br><input type="radio"/> Paclitaxel/Epirubicin<br><input type="radio"/> Docetaxel/Carboplatin<br><input type="radio"/> Paclitaxel/Carboplatin |                                |                               |

\*bzw. CUP mit entsprechender Arbeitsdiagnose, \*\*andere Histologie als Erstdiagnose

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Metastasiertes Mammakarzinom*</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="radio"/> 1st-line                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="radio"/> 2nd-line | <input type="radio"/> andere: _____ |
| <input type="radio"/> Paclitaxel mono<br><input type="radio"/> Epirubicin mono<br><input type="radio"/> Vinorelbin i.v.<br><input type="radio"/> AIO<br><input type="radio"/> Gemcitabin mono<br><input type="radio"/> Carboplatin mono<br><input type="radio"/> Docetaxel mono<br><input type="radio"/> Catumaxomab bei Aszites | <input type="radio"/> Paclitaxel + _____<br><input type="radio"/> Epirubicin + _____<br><input type="radio"/> EC<br><input type="radio"/> FEC<br><input type="radio"/> Vinorelbin i.v. + _____<br><input type="radio"/> Gemcitabin + _____<br><input type="radio"/> Carboplatin + _____<br><input type="radio"/> Docetaxel + _____ |                                |                                     |

\*bzw. CUP mit entsprechender Arbeitsdiagnose

Datum

Stempel

Unterschrift

## Patienten-Anmeldung – Fax 030 – 688 39 475

Ich melde folgenden Patienten zu nachstehendem Projekt an:

### Patientendaten:

Geburtsjahr

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

Geschlecht ☐ W ☐ M

Praxisinternes  
Pseudonym

|  |
|--|
|  |
|--|

Bisherige  
RGB-Kennung

|  |
|--|
|  |
|--|

Therapiebeginn

### Qualitätssicherungsprojekte (Register) für onkologisch tätige Praxen

#### Ovarialkarzinom\*

☐ adjuvant (Ia-IIa)

☐ kurativ 1<sup>st</sup>-line (IIb-IIIc)

☐ palliativ (IV):

☐ 1st-line

☐ 2nd-line

☐ andere:

- ☐ Paclitaxel/Carboplatin
- ☐ Paclitaxel/Cisplatin
- ☐ Paclitaxel
- ☐ Gemcitabin/Carboplatin
- ☐ Gemcitabin/Cisplatin
- ☐ Gemcitabin

- ☐ Carboplatin/Cyclophosphamid
- ☐ Carboplatin
- ☐ Docetaxel/Carboplatin
- ☐ Docetaxel/Cisplatin
- ☐ Docetaxel

☐ alle Therapien: zusätzlich Bevacizumab

☐ andere Therapien: \_\_\_\_\_

☐ Catumaxomab bei Aszites

#### Aszites

☐ Removab (Catumaxomab)

Diagnose: \_\_\_\_\_

#### Prostatakarzinom\*

☐ 1st-line

☐ 2nd-line

☐ 3rd-line

☐ Docetaxel

☐ Docetaxel + \_\_\_\_\_

\*bzw. CUP mit entsprechender Arbeitsdiagnose

Datum

Stempel

Unterschrift

## **Patienten-Anmeldung – Fax 030 – 688 39 475**

Ich melde folgenden Patienten zu nachstehendem Projekt an:

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Patientendaten:</b>   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Geburtsjahr              | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> |
|                          | Geschlecht <input type="radio"/> W <input type="radio"/> M                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Praxisinternes Pseudonym | <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 30px;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Bisherige RGB-Kennung    | <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 30px;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                          | Therapiebeginn                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

### **Qualitätssicherungsprojekte (Register) für onkologisch tätige Praxen**

|                                                                                                                                                     |                                                                                                                                             |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Hämatologische Erkrankungen</b>                                                                                                                  |                                                                                                                                             | <input type="radio"/> EORTC QLQ C-30 |
| <b><u>CLL</u></b>                                                                                                                                   | <input type="radio"/> <b><u>1st-line</u></b>                                                                                                |                                      |
| <input type="radio"/> Bendamustin<br><input type="radio"/> Bendamustin/Rituximab<br><input type="radio"/> Bendamustin/Rituximab/Prednison           | <input type="radio"/> Kombination: Bendamustin + _____                                                                                      |                                      |
| <b><u>Multiples Myelom</u></b>                                                                                                                      | <input type="radio"/> <b><u>1st-line</u></b> <input type="radio"/> <b><u>2nd-line</u></b> <input type="radio"/> <b><u>andere:</u></b> _____ |                                      |
| <input type="radio"/> Bendamustin<br><input type="radio"/> Bendamustin/Prednison<br><input type="radio"/> BVD (Bendamustin/Bortezomib/Dexamethason) | <input type="radio"/> Kombination: Bendamustin + _____                                                                                      |                                      |

Datum

Stempel

Unterschrift

## Patienten-Anmeldung – Fax 030 – 688 39 475

Ich melde folgenden Patienten zu nachstehendem Projekt an:

### Patientendaten:

Geburtsjahr

Geschlecht ☐ W ☐ M

Praxisinternes Pseudonym

Bisherige RGB-Kennung

Therapiebeginn

### Qualitätssicherungsprojekte (Register) für onkologisch tätige Praxen

☐ **Adjuvante Therapie des Kolonkarzinoms\*** ☐ adjuvant ☐ Rezidiv

☐ **Adjuvante Therapie des Rektumkarzinoms\***

- |                                                    |                                 |
|----------------------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> FOLFOX 4                     | <input type="radio"/> FUFOX     |
| <input type="radio"/> Wolmark (Roswell Park)       | <input type="radio"/> XELOX     |
| <input type="radio"/> AIO                          | <input type="radio"/> FOLFOX 6  |
| <input type="radio"/> FLOX (Wolmark + Oxaliplatin) | <input type="radio"/> DeGramont |

☐ andere Therapien: \_\_\_\_\_

### Palliative Therapie des kolorektalen Karzinoms\*

☐ 1st-line ☐ 2nd-line

- |                                            |                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Irinotecan/AIO       | <input type="radio"/> AIO                                                                                                                 |
| <input type="radio"/> FOLFIRI              | <input type="radio"/> DeGramont                                                                                                           |
| <input type="radio"/> FUFOX                | <input type="radio"/> Roswell Park                                                                                                        |
| <input type="radio"/> FOLFOX Nr. ____      |                                                                                                                                           |
| <input type="radio"/> OPTIMOX              |                                                                                                                                           |
| <input type="radio"/> Irinotecan/Cetuximab |                                                                                                                                           |
| <input type="radio"/> FLOX                 |                                                                                                                                           |
| <input type="radio"/> FLO                  | <input type="radio"/> plus Bevacizumab                                                                                                    |
| <input type="radio"/> XELOX                | <input type="radio"/> plus Cetuximab                                                                                                      |
| <input type="radio"/> XELIRI               | <input type="radio"/> plus Panitumumab                                                                                                    |
| <input type="radio"/> FOLFOXIRI            | <input type="radio"/> plus Afibercept (auch <input type="radio"/> 3rd-line <input type="radio"/> 4th-line <input type="radio"/> 5th-line) |

☐ andere Therapien: \_\_\_\_\_

☐ Catumaxomab bei Aszites

☐ **Magenkarzinom\*** ☐ neoadjuvant ☐ adjuvant ☐ 1st-line ☐ 2nd-line

☐ perioperativ (CT → OP → CT)

- |                                                       |                                                                |                                                               |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> 5-FU/Folinsäure/Cisplatin (PLF) | <input type="radio"/> ECX (Epirubicin/Cisplatin/Capecitabin)   | <input type="radio"/> FLO (5-FU/FA/Oxaliplatin)               |
| <input type="radio"/> 5-FU/Folinsäure/Mitomycin       | <input type="radio"/> EOX (Epirubicin/Oxaliplatin/Capecitabin) | <input type="radio"/> FLOT (5-FU/FA/Oxaliplatin/Docetaxel)    |
| <input type="radio"/> 5-FU/Folinsäure (AIO)           | <input type="radio"/> EOF (Epirubicin/Oxaliplatin/5-FU)        | <input type="radio"/> T-PLF (Docetaxel/Cisplatin/FA/5-FU)     |
| <input type="radio"/> Irinotecan/AIO                  | <input type="radio"/> ECF (Epirubicin/Cisplatin/5-FU)          | <input type="radio"/> DCF (Docetaxel/Cisplatin/5-FU)          |
| <input type="radio"/> Irinotecan + _____              | <input type="radio"/> XELOX                                    | <input type="radio"/> DF (Docetaxel/5-FU)                     |
|                                                       | <input type="radio"/> FOLFOX Nr. ____                          | <input type="radio"/> DOX (Docetaxel/Oxaliplatin/Capecitabin) |
|                                                       | <input type="radio"/> FUFOX                                    | <input type="radio"/> Docetaxel                               |

☐ Catumaxomab bei Aszites

☐ andere Therapien: \_\_\_\_\_

Alle Therapien: ☐ zusätzlich Trastuzumab

**Pankreaskarzinom\*** ☐ adjuvant (R0) ☐ additiv (R1) ☐ 1st-line ☐ 2nd-line

- ☐ Gemcitabin
- ☐ Kombination: Gemcitabin + \_\_\_\_\_
- ☐ 5-FU/FA/Oxaliplatin: Schema: \_\_\_\_\_

☐ andere Therapien: \_\_\_\_\_

☐ Catumaxomab bei Aszites

**\*bzw. CUP mit entsprechender Arbeitsdiagnose**

Datum

Stempel

Unterschrift

## **Patienten-Anmeldung – Fax 030 – 688 39 475**

Ich melde folgenden Patienten zu nachstehendem Projekt an:

### **Patientendaten:**

Geburtsjahr

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

Geschlecht ☐ W ☐ M

Praxisinternes  
Pseudonym

|  |
|--|
|  |
|--|

Bisherige  
RGB-Kennung

|  |
|--|
|  |
|--|

Therapiebeginn

### **Qualitätssicherungsprojekte (Register) für onkologisch tätige Praxen**

#### **NSCLC\***

☐ adjuvant

☐ 1st-line

☐ 2nd-line

- ☐ Paclitaxel/Carboplatin
- ☐ Paclitaxel/Cisplatin
- ☐ Paclitaxel

- ☐ Vinorelbin i.v./Carboplatin
- ☐ Vinorelbin i.v./Cisplatin
- ☐ Vinorelbin i.v./Gemcitabin
- ☐ Vinorelbin i.v. (auch 3rd-line)

- ☐ Docetaxel/Carboplatin
- ☐ Docetaxel/Cisplatin
- ☐ Docetaxel

- ☐ Carboplatin/Etoposid
- ☐ Carboplatin/Pemetrexed

- ☐ Gemcitabin/Carboplatin
- ☐ Gemcitabin/Cisplatin
- ☐ Gemcitabin/Docetaxel
- ☐ Gemcitabin

alle Therapien: ☐ zusätzlich Bevacizumab

**\*bzw. CUP mit entsprechender Arbeitsdiagnose**

#### **CUP**

- ☐ Paclitaxel/Carboplatin

#### **Weichteilsarkom**

- ☐ Trabectedin

Datum

Stempel

Unterschrift