

Eingangsdatum:
Entry date:

Registrierungsnummer:
Registry number:

Register „Seltene gutartige Erkrankungen“
Registry „Rare Benign Diseases“
DEGRO-Arbeitsgemeinschaft „Gutartige Erkrankungen“
DEGRO Working Group „Benign Diseases“

Meldender Arzt:
Referring Physician:

Meldende Institution:
Referring Institution:

Telefon:
Phone:

Fax:
Fax:

E-mail:
E-mail:

Rückantwort erwünscht?
Reply wanted?

ja
Yes

nein
No

Bitte faxen an:
Please fax to:

Dr. med. O. Micke
Schriftleiter BenigNews
e-mail: omicke@uni-muenster.de

Tel.: 0251/8347384
Fax: 0251/8347355
International calls: Use
++49 251 instead of 0251

oder / or:

Prof. Dr. med. M.H. Seegenschmiedt
Editor BenigNews
e-mail: seegenschmiedt@citiweb.de or
heinrich.seegenschmiedt@krupp-krankenhaus.de

Tel.: 0201/4342559
Fax: 0201/4342372
International calls: Use
++49 251 instead of 0251

Angaben zum Patienten – Patient Data Record

Initialen: **Geburtsdatum:** **Alter:**
Initials: Birth Date: Age:

Geschlecht: männlich weiblich
Sex: Male Female

Klinische Diagnose:
Clinical Diagnosis:

Diagnosedatum: – *Date of Diagnosis:*

Sicherung: histologisch bildgebend klinisch
Certainty: Histology Imaging Clinically

Anamnese:
Disease History:

Vorbehandlung:
Prior Treatment:

Strahlentherapie: – *Radiation Therapy:*

Zielvolumen:
Target Volume:

Gerät: Beschleuniger Co-60 Andere:
Machine: Linac Cobalt Other:

Energy keV/MeV:

Gesamtdosis: **Gy Einzeldosis:** **Gy Fraktionen/Woche:**
Total Dose: Dose / Fraction: Fractions / Week:

Klinischer Verlauf:
Clinical Course:

Letztes Auswertedatum: **T** **M** **J**
Last Patient Visit / Contact D M Y

Therapieansprechen:

Treatment Outcome:

Klinisch:

Clinical

Bildgebende Untersuchung:

Imaging Studies:

**Remission of Symptoms:
(soweit beurteilbar/anwendbar)**

(as far as evaluable or applicable)

CR PR NC PD

Radiogene Folgen:

Radiation Side Effects /Sequelae:

Überleben:

Survival:

Patient lebt Patient verstorben,
Patient alive *Patient died*

Wann?

When?

Nicht krankheitsbedingt – *Other causes*

Krankheitsbedingt – *From treated disease*

Publikation:

Publication:

Fall bereits publiziert?

Case already published?

Ja Nein **Wenn ja, Literaturstelle:**
Yes *No* *If yes, Source*

Publikation in BenigNews erwünscht?

Publication in BenigNews wanted

ja nein
Yes *No*

Datum, Unterschrift

Date, Signature

Stempel

Stamp