

**Dokumentationsbogen  
für die Aufnahme von Nicht-Studienpatienten  
im Rahmen des IV-Vertrags Maligne Lymphome (IVML)**

*Nach Absprache des individuellen Therapiekonzepts mit der jeweiligen Studiengruppe  
bitte ausfüllen und an die Studienzentrale der Studiengruppe senden*

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Name, Adresse des einsendenden Instituts<br/>(Arztnummer/Institutions-Kennzeichnung)</b></p> | <p><b>Name, Vorname, Geb.-Datum, Adresse</b></p> <p align="right">Patientenaufkleber</p> |
|--|--|

**PatientIn:**

Geschlecht: weiblich  männlich

Einwilligung des Patienten zum IVML-Vertrag liegt vor: ja  nein

**Diagnose:**

*Nur auszufüllen, wenn Vorbehandlung nicht bereits durch die Teilnahme an einem Studienprotokoll einer KML-Studiengruppe und damit in der Studiendokumentation erhoben wurde (z.B. Rezidivpatienten)*

Datum der Erstdiagnose: \_\_\_\_\_

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

Stadium bei Erstdiagnose: \_\_\_\_\_

Stadium vor aktueller Therapie: \_\_\_\_\_

*Immer auszufüllen*

Befallene Lymphknoten / Milz: \_\_\_\_\_

Befall extralymphatischer Organe: \_\_\_\_\_

Relevante Prognoseparameter (u. a. prognostisch relevanter Karyotyp): \_\_\_\_\_

Remissionsstatus vor aktueller Therapie (CR, PR, SD, PD): \_\_\_\_\_

AZ (nach Karnofsky): \_\_\_\_\_

Relevante Begleiterkrankungen /Organinsuffizienzen: \_\_\_\_\_

Weitere Angaben (falls erforderlich): \_\_\_\_\_

**Dokumentationsbogen**  
**für die Aufnahme von Nicht-Studienpatienten**  
**im Rahmen des IV-Vertrags Maligne Lymphome (IVML)**

**Gründe für die Behandlung als Nicht-Studienpatient der KML-SG:**

Es gibt kein Studienprotokoll der KML-SG für die Diagnose und das Krankheitsstadium des Patienten

Es liegt ein geeignetes Studienprotokoll vor. Studiengruppe \_\_\_\_\_  
 Protokoll \_\_\_\_\_

**aber ein Einschluss ist nicht möglich** aus folgenden Gründen

Patient lehnt Teilnahme an Studie ab  
 Begründung: \_\_\_\_\_

Einschlusskriterien nicht erfüllt:  
 Begründung: \_\_\_\_\_

Weitere Gründe \_\_\_\_\_

**Vorbehandlung**

**wenn Patient bereits eine tumorspezifische Therapie erhalten hat**

*Nur auszufüllen, wenn nicht bereits im Rahmen der Dokumentation für eine Studiengruppe erhoben*

**Therapie und Verlauf vor Behandlung im Rahmen der IV-ML:**

|                      | Datum der Diagnose | Therapie Datum                     | Stadium | Art der Therapie | Ergebnis (CR, PR, PRO, etc.) |
|----------------------|--------------------|------------------------------------|---------|------------------|------------------------------|
| <b>Erst-Diagnose</b> |                    | Beginn:<br>_____<br>Ende:<br>_____ |         |                  |                              |
| <b>1. Rezidiv</b>    |                    | Beginn:<br>_____<br>Ende:<br>_____ |         |                  |                              |
| <b>2. Rezidiv</b>    |                    | Beginn:<br>_____<br>Ende:<br>_____ |         |                  |                              |
| <b>3. Rezidiv</b>    |                    | Beginn:<br>_____<br>Ende:<br>_____ |         |                  |                              |

(Bei weiteren Rezidiven bitte Dokumentation auf zusätzlichem Blatt)



**Dokumentationsbogen**  
**für die Therapie von Nicht-Studienpatienten**  
**im Rahmen des IV-Vertrags Maligne Lymphome (IVML)**

*Nach Abschluss des individuellen Therapiekonzepts und des Abschluss-Staging ausfüllen und bitte an die Studienzentrale der zuständigen Studiengruppe senden.*

|   |   |
|---|---|
| <b>Name/ Adresse des einsendenden Instituts</b> | <b>Name, Vorname, Geb.-Datum, Adresse</b> |
|   | Patientenaufkleber                        |

**Aktuell durchgeführte Therapie:**

**I. Chemotherapie:**  nein     ja , falls ja: • Beginn: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    Ende: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 • Regime: \_\_\_\_\_ • Anzahl Zyklen: \_\_\_\_  
 • Medikamente, falls kein Standardregime :  
 \_\_\_\_\_

**II. Radiotherapie:**  nein     ja , falls ja: • Beginn: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    Ende: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

• Bestrahlungsfeld:

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> IF | <input type="checkbox"/> Restbefall       |
| <input type="checkbox"/> EF | <input type="checkbox"/> <i>sonstige*</i> |

• falls *sonstige\**, bitte Klartext: \_\_\_\_\_  
 • Gesamtdosis: \_\_\_\_ Gy

**III. Transplantation:**  nein     ja , falls ja: • Beginn: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    Ende: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

• Konditionierung: \_\_\_\_\_  
 • Art d. Stammzellen: \_\_\_\_\_

**Ergebnis der oben genannten Therapie:**

Restaging-Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ggf. Klartext: \_\_\_\_\_

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CR (komplette Remission) | <input type="checkbox"/> Progress  |
| <input type="checkbox"/> PR (partielle Remission) | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| <input type="checkbox"/> Keine Veränderung        |                                    |

**Kommentar:**

---



---

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift des koordinierenden Arztes

**Dokumentationsbogen**  
**für Nachsorge und Behandlungsabschluss**  
**von Nicht-Studienpatienten**  
**im Rahmen des IV-Vertrags Maligne Lymphome (IVML)**

Auszufüllen 12 Monate und 24 Monate nach Abschluss der Therapiephase bzw. bei Behandlungsabschluss

Bei Rezidiv/Progress und neuer Therapielinie ist der ganze Dokumentationsbogen erneut auszufüllen

**Bitte an die Studienzentrale der zuständigen Studiengruppe senden.**

|   |   |
|---|---|
| <b>Name/ Adresse des einsendenden Instituts</b> | <b>Name, Vorname, Geb.-Datum, Adresse</b> |
|   | Patientenaufkleber                        |

**Aktueller Status**

Datum der Erhebung: \_\_\_\_\_

- CR (komplette Remission)
- PR (partielle Remission)
- schlechter als PR aber stabile Situation
- progrediente Erkrankung
- Pat. verstorben
- Todesdatum: \_\_\_\_\_
- Todesursache Tumorprogress
- Andere Todesursache: \_\_\_\_\_

Weitere Angaben (z. B. zu Spätkomplikationen, Zweitmalignome, o. ä., lost to follow-up, möglichst mit Angabe des weiterbehandelnden Arztes):

---



---



---



---

Ort, Datum

Unterschrift des koordinierenden Arztes

**Dokumentationsbogen**  
**für Nachsorge und Behandlungsabschluss**  
**von Nicht-Studienpatienten**  
**im Rahmen des IV-Vertrags Maligne Lymphome (IVML)**

Auszufüllen 12 Monate und 24 Monate nach Abschluss der Therapiephase bzw. bei Behandlungsabschluss

Bei Rezidiv/Progress und neuer Therapielinie ist der ganze Dokumentationsbogen erneut auszufüllen

**Bitte an die Studienzentrale der zuständigen Studiengruppe senden.**

|   |   |
|---|---|
| <b>Name/ Adresse des einsendenden Instituts</b> | <b>Name, Vorname, Geb.-Datum, Adresse</b> |
|   | Patientenaufkleber                        |

**Aktueller Status**

Datum der Erhebung: \_\_\_\_\_

- CR (komplette Remission)
- PR (partielle Remission)
- schlechter als PR aber stabile Situation
- progrediente Erkrankung
- Pat. verstorben

Todesdatum: \_\_\_\_\_

Todesursache Tumorprogress

Andere Todesursache: \_\_\_\_\_

Weitere Angaben (z. B. zu Spätkomplikationen, Zweitmalignome, o. ä., lost to follow-up, möglichst mit Angabe des weiterbehandelnden Arztes):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift des koordinierenden Arztes