

**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*

Name, Adresse des einsendenden Instituts (Arztnummer/Institutions-Kennzeichnung)	Name, Vorname, Geb.-Datum, Adresse <div style="text-align: right;">Patientenaufkleber</div>
---	---

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.)
Erst-Diagnose		Beginn: _____ Ende: _____			
1. Rezidiv		Beginn: _____ Ende: _____			
2. Rezidiv		Beginn: _____ Ende: _____			
3. Rezidiv		Beginn: _____ Ende: _____			

(Bei weiteren Rezidiven bitte Dokumentation auf zusätzlichem Blatt)

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

Konsultation nach §7, Abs. 1b des IV-ML-Vertrags v. 1.1.2008:

Es erfolgte eine Beratung mit (Name des Arztes/der Ärztin) _____/
(Funktion) _____ der Studiengruppe _____
am _____ (Datum)

- per Email (siehe dazu auch: Erläuterungen zum IVML :*Konsultation mit Studiengruppe bei
Behandlung eines Nicht-Studienpatienten - Struktur und Vorgehen*)
- per Telefon
- persönlicher Kontakt

Ergebnis der Beratung (Zusammenfassung):

Datum, Unterschrift des koordinierenden Arztes

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.

Name/ Adresse des einsendenden Instituts	Name, Vorname, Geb.-Datum, Adresse
	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"/> sonstige*

• 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.

Name/ Adresse des einsendenden Instituts	Name, Vorname, Geb.-Datum, Adresse
	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.

Name/ Adresse des einsendenden Instituts	Name, Vorname, Geb.-Datum, Adresse
	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