

Dokumentationsbogen Radiotherapie

Name

Geb. – Datum

Pat. – Nr.

Klinik

Strahlentherapeutische Serienbehandlung von _____ bis _____

Bestrahlungspause: ja nein

Falls=ja: von _____ bis _____
(= _ Bestrahlungstage)

Gründe: ☐ Toxizität ☐ Organisatorisch

Ggf. Sonstige (welche?): _____

Applizierte Dosis:

PTV 1.0 Gesamtdosis _____ Gy, Einzeldosis _____ Gy

PTV 1.1 Gesamtdosis ad _____ Gy, Einzeldosis _____ Gy

Dosis im Bereich der Risikoorgane:

| Organ | Dosis |
|--------------------------------|--|
| Rückenmark | Mean: _____ Gy Dmax (≥ 5 cm Länge): _____ Gy Dmax (< 5 cm length): _____ Gy |
| Chiasma opticum | Mean: _____ Gy Dmax: _____ Gy |
| Nerve optici | Mean: _____ Gy Dmax: _____ Gy |
| Hirnstamm | Mean: _____ Gy D2: _____ Gy Dmax: _____ Gy |
| Cochlea | Mean: _____ Gy Dmax: _____ Gy |
| Temporomandibular joints (TMJ) | Mean: _____ Gy Dmax: _____ Gy |
| Große Speicheldrüsen | Mean: _____ Gy Dmax: _____ Gy |
| Temporallappen | Mean: _____ Gy Dmax: _____ Gy |