

Dokumentationsbogen Radiotherapie

Name	Geb. – Datum	Pat. – Nr.	Klinik
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 (\geq 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
Temporalappen	Mean: _____ Gy Dmax: _____ Gy