

Protokoll
Begehung nach § 130 StrISchV
Sächsische Landesärztekammer
Ärztliche Stelle StrISchV
Fachkommission Strahlentherapie

Name der Einrichtung

Datum der Vor-Ort-Begehung

Strahlenschutzverantwortlicher

Strahlenschutzbevollmächtigter

Strahlenschutzbeauftragte
Medizin

Strahlenschutzbeauftragte
Physik und Technik

Teilnehmer der Vor-Ort-Begehung

Kommission

Teilnehmer besuchter
Einrichtung

Teil A

Stammdaten, Abteilungsorganisation, Strahlenschutz

A 1. Technische Verfahren/ Therapiekategorien

Methode/ Spezialmethode	Kategorie	Einsatz	Anzahl/ a	Überprüfung
Orthovolt-Therapie	A 1.1	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Linearbeschleuniger	A 1.2	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Brachy-/ Afterloading- therapie HDR	A 1.3			
HDR	A 1.3.1	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
HDR interstitiell	A 1.3.2	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
kombinierte Brachy-/ Tele- therapie	A 1.3.3	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Brachytherapie LDR	A 1.4	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
IMRT	A 1.5	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
VMAT	A 1.6	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stereotaxie (kraniell)	A 1.7	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stereotaxie (extrakraniell)	A 1.8	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
GKB (TBI)	A 1.9	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
intraop. Strahlentherapie	A 1.10	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gating	A 1.11	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2D-Planungen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3D-Planungen (conformal)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Protonen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
sonstige Verfahren		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

A 2. Leistungsumfang

	Kategorie	Anzahl/ a	Krankenblatteinsicht
gutartige Erkrankungen	A 2.1		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
maligne Erkrankungen	A 2.2		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
davon kurative Intention	A 2.2.1		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
davon palliative / symptomat. Intention	A 2.2.2		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

A 3. Organisation des Behandlungs- und Nachsorgeablaufs

Aufklärung: Mitgabe des Aufklärungsbogens an den Patienten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Dokumentation der Mitgabe durch Unterschrift des Patienten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Archivierung des Originalbogens	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Therapieleitlinien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verfahrensleitlinien (SOP)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nachsorge: Organisation durch Abteilung Wie erhalten die Patienten Nachsorgetermine?	
Wer führt die Nachsorge durch?	
Bei Telefoninterview durch MFA: Ist sie entsprechend qualifiziert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4-8 Wochen nach Bestrahlung einer gutartigen Erkrankung: Rücksendung eines standardisierten Fragebogens?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welches Rechercheverfahren ist etabliert, falls Patienten Nachsorgetermine nicht wahrnehmen?	

A 4. Personalausstattung

Zahl Fachärzte	
Zahl Assistenzärzte	
Zahl Medizinphysiker/ Ingenieure/ Techniker	
Zahl Strahlenschutzbeauftragte Medizin	
Zahl Strahlenschutzbeauftragte Physik und Technik	
Zahl MTRA	
Zahl Informatiker/ Dokumentare	
Zahl Schwestern/ Arzthelferinnen	
Kontrolle Signaturbuch aller Beteiligten	

A 5. Fort- und Weiterbildung

Ausstattung und Zugang zur Fachliteratur	
interne Fortbildung	
Nachweis Strahlenschutzunterweisung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nachweis Strahlenschutzkurse	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Teilnahme an Tagungen, Kongressen	
Organisation der CME	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bewertung	

A 6. Teilnahme an Studien

Zusammenstellung der Studienteilnahme an multizentrischen Studien	
Aufstellung eigener Studien (ggf. genehmigungspflichtig)	
Bewertung	

A 7. Interdisziplinäre Zusammenarbeit		
Teilnahme an onkologischen Konferenzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
interdisziplinäre Therapiefestlegung bei multimodaler Therapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
interdisziplinäre Nachsorge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mitgliedschaft in Tumorzentrum oder onkologischen Schwerpunkt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bewertung		

A 8. Multimodale Therapieleistungen		
Prozedur	beteiligte Einrichtung	
Bewertung		

A 9. Strahlenanwendung im stationären Bereich		
Zahl stationärer Betten		
Regime zur Vermeidung von Verlusten bei radioaktiven Seeds oder umschlossenen Strahlern		
Bewertung		

A 10. Sicherstellung des Therapieablaufs im Falle technischer Störungen		
Havarieplan, vertragliche Vereinbarung mit Nachbareinrichtungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Kompensation von Überschreitungen der Gesamtbehandlungszeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Nachweis der Dokumentation außergewöhnlicher Ereignisse	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bewertung		