

Krankenkasse/ Versicherungsname (incl. Vertrags-Nr. bei Privatversicherung)

Name, Vorname, Anschrift des Patienten geb. am: _____

Kassen-Nr.: _____ Versicherten-Nr. / Vertrags-Nr.: _____ Status: _____

Betriebsstätten-Nr.: _____ Lebenslange ArztNr. / ZahnarztNr.: _____ Datum: _____

Information an das Klinische Krebsregister:

Der Patient hat am _____ aktiv widersprochen.

Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution (ggf. Stempel, falls ausreichend):

Meldestelle: _____
 Krankenhaus oder MVZ: _____
 Fachabteilung oder Praxis: _____
 PLZ, Ort: _____
 Straße, Haus-Nr.: _____
 Vor- u. Nachname: _____

Bankdaten: liegen dem Krebsregister vor

Falls noch nicht bekannt oder **geändert**, bitte separaten Erstmelderbogen nutzen.

Titel: _____ **Namenszusatz:** _____

Geburtsname: _____ **Frühere Namen:** _____

Geschlecht m w sonst./intersexuell unbek.

Bei privater Krankenversicherung:
 beihilfeberechtigt: ja nein

Beihilfestelle: _____ Beihilfenummer: _____

Diagnosemeldung Kolorektales Karzinom

Tumordiagnose (ICD-10): [][][][] . [][][] **Datum der klinischen Diagnose:** ____ . ____ . ____

Tumorlokalisation (ICD-O): [C][][][] . [][][] links rechts beidseits Mittellinie trifft nicht zu unbek.

Histologie (M-Code): [M][][][][] / [][][] **Datum Histologie:** ____ . ____ . ____

Freitext: _____ [M][][][][] / [][][] **Histopathologisches Grading:** G _____ trifft nicht zu

Angaben bei Kolon- und Rektumkarzinom

<p>Präoperative ASA- Klassifikation</p> <p><input type="checkbox"/> 1= normaler, ansonsten gesunder Patient</p> <p><input type="checkbox"/> 2= Patient mit leichter Allgemeinerkrankung</p> <p><input type="checkbox"/> 3= Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, Leistungseinschränkung</p> <p><input type="checkbox"/> 4= Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung</p> <p><input type="checkbox"/> 5= moribunder Patient</p>	<p>Art des Eingriffs</p> <p><input type="checkbox"/> Elektiveingriff</p> <p><input type="checkbox"/> Notfalleingriff</p>
<p>Sozialdienstkontakt</p> <p>Datum: ____ . ____ . ____ <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>K- RAS- Mutation</p> <p><input type="checkbox"/> Wildtyp</p> <p><input type="checkbox"/> Mutation</p> <p><input type="checkbox"/> nicht untersucht</p>
<p>Studienrekrutierung</p> <p>Datum: ____ . ____ . ____ <input type="checkbox"/> nein</p>	

Zusätzliche Angaben bei Rektumkarzinom

<p>Präoperative Anzeichnung der Stomaposition</p> <p><input type="checkbox"/> Anzeichnung durchgeführt</p> <p><input type="checkbox"/> Anzeichnung nicht durchgeführt</p> <p><input type="checkbox"/> Stoma angelegt, Anzeichnung unbekannt</p> <p><input type="checkbox"/> kein Stoma</p>	<p>Grad der Anastomoseninsuffizienz</p> <p><input type="checkbox"/> keine Insuffizienz oder höchstens Grad A</p> <p><input type="checkbox"/> Grad B Antibiotikagabe, interventionelle Drainage oder transanale Lavage/Drainage</p> <p><input type="checkbox"/> Grad C ((Re)Laparotomie)</p>
<p>Abstandsangaben</p> <p>Abstand des Tumorrandes zur Anokutanlinie: _____ cm</p> <p>Bildgebend Abstand zur mesorektalen Faszie: _____ mm</p> <p><input type="checkbox"/> MRT oder Dünnschicht-CT durchgeführt, aber Abstand nicht angegeben</p> <p><input type="checkbox"/> MRT oder Dünnschicht-CT nicht durchgeführt</p> <p>Abstand zur circumferentiellen Resektionsebene: _____ mm</p> <p>Minimaler Abstand vom aboralen Resektionsrand: _____ mm</p>	<p>Qualität des TME- Präparats (nach Mercury)</p> <p><input type="checkbox"/> Grad 1 (gut)</p> <p><input type="checkbox"/> Grad 2 (moderat)</p> <p><input type="checkbox"/> Grad 3 (schlecht)</p> <p><input type="checkbox"/> PME durchgeführt</p> <p><input type="checkbox"/> lokale Exzision durchgeführt</p> <p><input type="checkbox"/> andere Operation durchgeführt</p>

Abschließende Angaben

<p>Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind):</p> 	<p>Meldedatum: ____ . ____ . ____</p> <p style="text-align: center;">Arztstempel oder Stempel der Meldestelle Unterschrift Arzt/Ärztin</p>
---	---