

<b>Krankenkasse/ Versicherungsname</b> (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: _____	

<b>Information an das Klinische Krebsregister:</b>	
<input type="checkbox"/> Der Patient hat am _____ aktiv widersprochen.	
<b>Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution</b> (ggf. Stempel, falls ausreichend):	
Meldestelle:	_____
Krankenhaus oder MVZ:	_____
Fachabteilung oder Praxis:	_____
PLZ, Ort:	_____
Straße, Haus-Nr.:	_____
Vor- u. Nachname:	_____
<b>Bankdaten:</b> <input type="checkbox"/> liegen dem Krebsregister vor	
Falls noch nicht bekannt oder <b>geändert</b> , bitte separaten Erstmelderbogen nutzen.	

Titel:	Namenszusatz:
Geburtsname:	Frühere Namen:
Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> sonst./intersexuell <input type="checkbox"/> unbek.	
Bei privater Krankenversicherung:	
beihilfeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Beihilfestelle: _____	Beihilfenummer: _____

## Diagnosemeldung Prostatakarzinom

<b>Tumordiagnose (ICD-10):</b> [ ][ ][ ][ ] . [ ][ ]	<b>Datum der klinischen Diagnose:</b> _____
<b>Tumorlokalisation (ICD-O):</b> [C][ ][ ][ ] . [ ][ ]	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseits <input type="checkbox"/> Mittellinie <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <input type="checkbox"/> unbek.
<b>Histologie (M-Code):</b> [M][ ][ ][ ][ ] / [ ][ ]	<b>Datum Histologie:</b> _____
<input type="checkbox"/> nicht bestimmt	Histopathologisches Grading: G _____ <input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Morphologie Freitext: _____	

<b>Gleason- Score</b>	<b>Anlass Gleason</b>
<input type="checkbox"/> nur Summe bekannt	<input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Stanze / TUR <input type="checkbox"/> unbekannt
_____ + _____ = _____	
Muster 1	Muster 2
	Summe

<b>Stanzen</b>
Datum der Entnahme: _____ Anzahl der Stanzen: _____ Anzahl positiver Stanzen: _____
Carcinom- Befall der am schwersten befallenen Stanze: _____ % <input type="checkbox"/> unbekannt

<b>PSA- Wert</b>
_____ ng/ml
Datum: _____

<b>Postoperative Komplikationen</b>
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> keine oder höchstens Grad II <input type="checkbox"/> unbekannt

<b>Abschließende Angaben</b>	
<b>Anmerkungen</b> (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind):	<b>Melddatum:</b> _____
	<b>Arztstempel oder Stempel der Meldestelle</b>
	<b>Unterschrift Arzt/Ärztin</b>