

<b>Krankenkasse/Versicherungsname</b> (inkl. Vertrags-Nr. bei Privatversicherung)		
<b>Name, Vorname, Anschrift des Patienten</b>		
		geb. am _ . _ . _ . _ . _ . _ .
Kassen-Nr.:	Versicherten-Nr. / Vertrags-Nr.	Status:
Betriebsstätten-Nr.:	Lebenslange ArztNr. /ZahnarztNr.	Datum:
Titel:		Namenszusatz:
Geburtsname:		Frühere Namen:
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W
	<input type="checkbox"/> Divers	<input type="checkbox"/> Unbekannt

**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 \_\_\_\_\_

**Melddatum:** \_\_. \_\_. \_\_\_\_ **Unterschrift Arzt/Ärztin**
**DIAGNOSEMELDEBOGEN****Für zertifizierte Krebszentren:** Zentrumsfall/Primärfall Zentrumsfall/kein Primärfall Kein Zentrumsfall**Datum der klinischen Diagnose:** \_ . \_ . \_ . \_ . \_ . \_ .**Tumordiagnose (ICD-10):**

				.		
--	--	--	--	---	--	--

**ICD-10-Version,**

nur angeben, falls nicht Version des lfd. Jahres

\_\_\_\_\_

**Tumordiagnose (Freitext):****Tumorlokalisierung (ICD-O):**

C				.		
---	--	--	--	---	--	--

**ICD-O-Version**

nur angeben, falls nicht Version des lfd. Jahres

\_\_\_\_\_

**Tumorlokalisierung (Freitext):**
 Links  Rechts  Beidseits  Mittellinie  Trifft nicht zu  Unbekannt
**Histologie**

Datum: \_ . \_ . \_ . \_ . \_ . \_ .

Histologie-Einsendenummer: \_\_\_\_\_

**Morphologie (M-Code):**

M					/	
---	--	--	--	--	---	--

 Nicht bestimmt**Histologischer/zytologischer Befund (Freitext):****Histopathologisches Grading:** Gut differenziert (G1) Undifferenziert (G4) Intermediate (G2 oder G3) Borderline Mäßig differenziert (G2) Nicht bestimmbar (GX) High grade (G3 oder G4) Unbekannt Schlecht differenziert (G3) Low grade (G1 oder G2) G0 (mal. Mel. Konjunktiva) Trifft nicht zu**Tumorklassifikation****TNM** (8. Auflage), falls abweichend bitte angeben: \_\_\_\_\_ Datum: \_ . \_ . \_ . \_ . \_ . \_ .

c/p	T-Klass.	(m)	c/p	N-Klass.	c/p	M-Klass.
-----	----------	-----	-----	----------	-----	----------

__	T	__	__	N	__	M	__
----	---	----	----	---	----	---	----

L	__	V	__	Pn	__	S	__
---	----	---	----	----	----	---	----

**UICC-Stadium:** \_\_\_\_\_**Ann Arbor:** \_\_\_\_\_**Andere Klassifikation (Name):** \_\_\_\_\_**Stadium:** \_\_\_\_\_

<b>Höchste erreichte Diagnosesicherung (nur 1 Feld wählen):</b>		
<input type="checkbox"/> Histologie (Primärtumor)	<input type="checkbox"/> Zytologie	<input type="checkbox"/> Klinisch, spezifisch – ohne Histologie
<input type="checkbox"/> Histologie (Metastase)	<input type="checkbox"/> Spezifischer Tumormarker	<input type="checkbox"/> Klinisch, nur körperl. Untersuchung
<b>Frühere (letzte) Tumorerkrankung(en):</b>		
<b>Fernmetastasen</b>		
<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> Pleura	<input type="checkbox"/> Knochenmark
<input type="checkbox"/> Lunge	<input type="checkbox"/> Hirn	<input type="checkbox"/> Lymphknoten nicht regionär
<input type="checkbox"/> Knochen	<input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> Andere (OTH)
<input type="checkbox"/> Peritoneum	<input type="checkbox"/> Nebenniere	<input type="checkbox"/> Generalisierte Metastasierung
<b>Tumorkonferenz (prätherapeutisch)</b>	Datum: ___ . ___ . ____	
<b>Empfehlung<sup>1</sup>:</b>		
<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> IM	<input type="checkbox"/> CIZ
<input type="checkbox"/> ST	<input type="checkbox"/> ZS	<input type="checkbox"/> IZ
<input type="checkbox"/> CH	<input type="checkbox"/> CI	<input type="checkbox"/> SZ
<input type="checkbox"/> HO	<input type="checkbox"/> CZ	<input type="checkbox"/> WW
<input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> WS	<input type="checkbox"/> SO
<input type="checkbox"/> KW		
<b>Abweichung auf Wunsch des Patienten:</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt
<b>Genetische Variante</b>	Bezeichnung: _____	
<input type="checkbox"/> Mutation/positiv	<input type="checkbox"/> Wildtyp/nicht mutiert/negativ	<input type="checkbox"/> Polymorphismus
<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Nicht bestimmbar	<input type="checkbox"/> Unbekannt
<b>Studienteilnahme</b>		
<input type="checkbox"/> Ja	Einschlussdatum (wenn ja): ___ . ___ . ____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt
<b>Zusätzliche Kontakte</b>		
<b>Sozialdienst:</b>	<input type="checkbox"/> Ja, am: ___ . ___ . ____	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Psychoonkologische Beratung:</b>	<input type="checkbox"/> Ja, am: ___ . ___ . ____	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Körperlicher Leistungszustand:</b> nach ECOG/WHO-Schlüssel oder (Karnofsky):		
<input type="checkbox"/> 0 (90-100%)	<input type="checkbox"/> 2 (50-60%)	<input type="checkbox"/> 4 (10-20%)
<input type="checkbox"/> 1 (70-80%)	<input type="checkbox"/> 3 (30-40%)	
<b>Anmerkungen</b> (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind):		

<sup>1</sup> Legende:

OP – Operation

ST – Strahlentherapie

CH – Chemotherapie

HO – Hormontherapie

IM – Immun-/ Antikörpertherapie

ZS – zielgerichtete Substanzen

CI – Chemo- + Immun-/ Antikörpertherapie

CZ – Chemotherapie + zielgerichtete Substanzen

CIZ – Chemo- + Immun-/ Antikörpertherapie + zielgerichtete Substanzen

IZ – Immun-/Antikörpertherapie + zielgerichtete Substanzen

SZ – Stammzelltransplantation (inkl. Knochenmarktransplantation)

WW – Watchful Waiting

AS – Active Surveillance

WS – Wait and see

SO – Sonstiges

KW – keine weitere tumorspezifische Therapie empfohlen