

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:** _____

Höchste erreichte Diagnosesicherung (nur 1 Feld wählen):		
<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
Frühere (letzte) Tumorerkrankung(en):		
Fernmetastasen		
<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
Tumorkonferenz (prätherapeutisch)		Datum: ___ . ___ . ____
Empfehlung¹:		
<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		
Abweichung auf Wunsch des Patienten:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt
Genetische Variante		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
Studienteilnahme		
<input type="checkbox"/> Ja	Einschlussdatum (wenn ja): ___ . ___ . ____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt
Zusätzliche Kontakte		
Sozialdienst:	<input type="checkbox"/> Ja, am: ___ . ___ . ____	<input type="checkbox"/> Nein
Psychoonkologische Beratung:	<input type="checkbox"/> Ja, am: ___ . ___ . ____	<input type="checkbox"/> Nein
Körperlicher Leistungszustand: 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%)	
Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind):		

¹ 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