

Krankenkasse/Versicherungsname (inkl. Vertrags-Nr. bei Privatversicherung)		
Name, Vorname, Anschrift des Patienten		
		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**
DIAGNOSEMELDUNG & OPERATION MALIGNES MELANOM DER HAUT (INKL. IN SITU)**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):**Tumorlokalisation (ICD-O):**

C									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ICD-O-Version

nur angeben, falls nicht Version des lfd. Jahres

Tumorlokalisation (Freitext):
 Links

 Rechts

 Beidseits

 Mittellinie
Histologie

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

Histologie-Einsendenummer: _____

Morphologie (M-Code):

M									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Nicht bestimmt**Histologischer/zytologischer Befund (Freitext):****Tumorklassifikation****TNM** (8. Auflage), falls abweichend bitte angeben: _____

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

UICC-Stadium: _____

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

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

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 |

Exzision am: _ . _ . _ . _ . _ . _ .**OPS-Code:** _____**Tumordicke nach Breslow (mm):** _____**Sicherheitsabstand (mm):** _____ Kein Abstand Nicht zu beurteilen

Residualstatus (R-Status):**Lokaler R-Status**
 OP-Präparat: R0 R1 R1(is) R1(cy+) R2 RX U
Gesamt-R
 bei Abschluss: R0 R1 R1(is) R1(cy+) R2 RX U

Ulzeration: Ja Nein **LDH-Wert (U/l):** _____
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 |

Tumorkonferenz

Datum: ____ . ____ . ____

Typ: Prätherapeutisch Postoperativ Posttherapeutisch Therapieplanung ohne Tumorkonferenz
Empfehlung¹:

- | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> OP | <input type="checkbox"/> IM | <input type="checkbox"/> CIZ | <input type="checkbox"/> AS |
| <input type="checkbox"/> ST | <input type="checkbox"/> ZS | <input type="checkbox"/> IZ | <input type="checkbox"/> WS |
| <input type="checkbox"/> CH | <input type="checkbox"/> CI | <input type="checkbox"/> SZ | <input type="checkbox"/> SO |
| <input type="checkbox"/> HO | <input type="checkbox"/> CZ | <input type="checkbox"/> WW | <input type="checkbox"/> KW |

Abweichung auf Wunsch des Patienten: Ja Nein Unbekannt
Studienteilnahme
 Ja Nein Unbekannt
 Einschlussdatum (wenn ja): ____ . ____ . ____
Zusätzliche Kontakte
Sozialdienst: Ja, am: ____ . ____ . ____ Nein

Psychoonkologische Beratung: Ja, am: ____ . ____ . ____ 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