

--

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:** _____

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

__ 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