

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 PROSTATAKARZINOM**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

Tumorlokalisation (ICD-O):

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

ICD-O-Version

nur angeben, falls nicht Version des lfd. Jahres

 Links Rechts Beidseits Mittellinie Trifft nicht zu Unbekannt
Datum Histologie: __ . __ . ____

Histologie-Einsendenummer: _____

Morphologie (M-Code):

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

Freitext: _____

Histopathologisches Grading¹: **G** _____ Trifft nicht zu**Gleason-Score**

 Muster 1 + Muster 2 = Summe
 Nur Summe bekannt**Anlass Gleason** OP/TUR Stanze Unbekannt**Stanzen**

Datum der Entnahme: __ . __ . ____

Anzahl der Stanzen: _____

Anzahl positiver Stanzen: _____

Karzinom-Befall der am schwersten befallenen Stanze: _____ %

 Unbekannt**PSA-Wert:** _____ ng/ml

Datum: __ . __ . ____

¹ Schlüssel siehe Hinweisblatt.

Tumorklassifikation				Datum: ____ . ____ . ____		UICC-Stadium: _____	
TNM (8. Auflage), falls abweichend bitte angeben: _____							
<i>c/p</i>	T-Klass.	(m)	<i>c/p</i>	N-Klass.	<i>c/p</i>	M-Klass.	
__	T __	__	__	N __	__	M __	
L __ V __ Pn __ S __							
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: ____ . ____ . ____			
Empfehlung²:							
<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:				<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):							

² 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