

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. / Zahnarznr.	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 KOLOREKTALES KARZINOM**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**Angaben bei Kolon- und Rektumkarzinom****Art des Eingriffs:** Elektiveingriff Notfalleingriff**Präoperative ASA-Klassifikation:**

- 1 = Normaler, ansonsten gesunder Patient
- 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung
- 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, Leistungseinschränkung
- 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung
- 5 = Moribunder Patient

K-RAS-Mutation Mutation/positiv Wildtyp/nicht mutiert/negativ Nicht untersucht**Zusätzliche Kontakte****Sozialdienst:** Ja, am: __ . __ . ____ Nein**Psychoonkologische Beratung:** Ja, am: __ . __ . ____ Nein**Studienteilnahme** Ja **Einschlussdatum** (wenn ja): __ . __ . ____ Nein Unbekannt¹ Schlüssel siehe Hinweisblatt.

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
Zusätzliche Angaben bei Rektumkarzinom				
Präoperative Anzeichnung der Stomaposition				
<input type="checkbox"/> Anzeichnung durchgeführt		<input type="checkbox"/> Stoma angelegt, Anzeichnung unbekannt		
<input type="checkbox"/> Anzeichnung nicht durchgeführt		<input type="checkbox"/> Kein Stoma		
Grad der Anastomoseninsuffizienz				
<input type="checkbox"/> Keine Insuffizienz oder höchstens Grad A				
<input type="checkbox"/> Grad B (Antibiotikagabe, interventionelle Drainage oder transanale Lavage/Drainage)				
<input type="checkbox"/> Grad C ((Re-)Laparotomie)				
Abstandsangaben				
Abstand des Tumorrandes zur Anokutanlinie:		_____	cm	
Bildgebend Abstand zur mesorektalen Faszie:		_____	mm	
<input type="checkbox"/> MRT oder Dünnschicht-CT durchgeführt, aber Abstand nicht angegeben				
<input type="checkbox"/> MRT oder Dünnschicht-CT nicht durchgeführt				
Abstand zur zirkumferentiellen Resektionsebene:		_____	mm	
Minimaler Abstand vom aboralen Resektionsrand:		_____	Mm	
Qualität des TME-Präparates (nach Mercury)				
<input type="checkbox"/> Grad 1 (gut)				
<input type="checkbox"/> Grad 2 (moderat)				
<input type="checkbox"/> Grad 3 (schlecht)				
<input type="checkbox"/> PME durchgeführt				
<input type="checkbox"/> Lokale Exzision durchgeführt				
<input type="checkbox"/> Andere Operation durchgeführt				
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