

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**
THERAPIEMELDUNG – OPERATION**Für zertifizierte Krebszentren:** Zentrumsfall/Primärfall Zentrumsfall/kein Primärfall Kein Zentrumsfall**Studienteilnahme** Ja

Einschlussdatum (wenn ja): __ . __ . ____

 Nein Unbekannt**Datum der klinischen Diagnose:** __ . __ . ____**Tumordiagnose (ICD-10):**

				.		
--	--	--	--	---	--	--

ICD-10-Version,

nur angeben, falls nicht Version des lfd. Jahres

Freitext: _____

Tumorlokalisation (ICD-O):

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

ICD-O-Version

nur angeben, falls nicht Version des lfd. Jahres

Freitext: _____

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

Histologie-Einsendenummer: _____

Morphologie (M-Code):

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

 Nicht bestimmt

Morphologie Freitext: _____

Histopathologisches Grading¹:

G ____

 Trifft nicht zu**Postoperative Tumorklassifikation**

Datum: __ . __ . ____

TNM (8. Auflage), falls abweichend bitte angeben: ____

y/r	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: _____

¹ Schlüssel siehe Hinweisblatt.

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 |

OP-Intention (I)

- ① Kurativ ② Palliativ ③ Diagnostisch ④ Revision/Komplikation ⑤ Nachresektion

I	Datum	Bezeichnung	OPS-Code
___	___	_____	_____
___	___	_____	_____
___	___	_____	_____
___	___	_____	_____

Komplikationen: Unbekannt Nein Ja, bitte angeben, welche:

Freitext oder Schlüssel¹

Schlüssel

Freitext oder Schlüssel ¹	Schlüssel

Untersuchte/befallene Lymphknoten ___ / ___

davon untersuchte/befallene SN-Lymphknoten ___ / ___

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

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

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: Ja Nein Unbekannt

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):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