

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**
THERAPIEMELDUNG – SYSTEMISCHE ODER ABWARTENDE THERAPIE

Hinweis: Bitte Beginn und/oder Ende melden

Für zertifizierte Krebszentren:
 Zentrumsfall/Primärfall Zentrumsfall/kein Primärfall Kein Zentrumsfall
Studienteilnahme
 Ja Nein Unbekannt
 Einschlussdatum (wenn ja): _ . _ . _ . _ . _ . _ .
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
Morphologie (M-Code):

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

 Nicht bestimmt**Morphologie Freitext:** _____**Histopathologisches Grading¹:**

G ____

 Trifft nicht zu**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** __ *Hinweis: Neu aufgetretene Metastasen oder Rezidiv bitte mittels Verlaufsbogen melden!*
UICC-Stadium: ____**Ann Arbor:** _____**Andere Klassifikation (Name):** _____

Stadium: _____

¹ Schlüssel siehe Hinweisblatt.

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	

Therapieanlass:	<input type="checkbox"/> Primärtherapie	<input type="checkbox"/> Rezidivtherapie	
Intention:	<input type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> Palliativ	<input type="checkbox"/> Sonstiges
Stellung zu operativer Therapie:	<input type="checkbox"/> Ohne Bezug zu einer operativen Therapie	<input type="checkbox"/> Sonstiges	
	<input type="checkbox"/> Adjuvant	<input type="checkbox"/> Neoadjuvant	<input type="checkbox"/> Intraoperativ

Art der Therapie² (Mehrfachauswahl bei systemischer Therapie möglich)						
<input type="checkbox"/> CH	<input type="checkbox"/> IM	<input type="checkbox"/> CI	<input type="checkbox"/> CIZ	<input type="checkbox"/> SZ	<input type="checkbox"/> WS	<input type="checkbox"/> SO
<input type="checkbox"/> HO	<input type="checkbox"/> ZS	<input type="checkbox"/> CZ	<input type="checkbox"/> IZ	<input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> WW	

Protokollbezeichnung	Von	Bis

Präparate (falls weitere, bitte unter Anmerkungen eintragen)		

Nebenwirkungen , die zeitlich nach Abschluss einer Therapie aufgetreten sind:	
<input type="checkbox"/> Keine oder nur bis Grad 2	Datum: __. __. ____
Art der NW nach CTCAE, Grad 3 oder höher	Auflage: ____ Grad

Grund für Ende der Therapie:		
<input type="checkbox"/> Reguläres Ende	<input type="checkbox"/> Abbruch wegen Nebenwirkungen	<input type="checkbox"/> Reguläres Ende mit Substanzwechsel
<input type="checkbox"/> Sonstige Gründe	<input type="checkbox"/> Abbruch wegen Progress	<input type="checkbox"/> Reguläres Ende mit Dosisreduktion
<input type="checkbox"/> Patient verstorben	<input type="checkbox"/> Patient verweigert weitere Therapie	

Tumorstatus posttherapeutisch³ (ggf. Verlaufsmeldung):			
Gesamtbeurteilung: ____	Primärtumor: ____	Lymphknoten (regionär): ____	Fernmetastasen: ____
Residualstatus gesamt (falls Abschluss der Primärtherapie): R ____			

Tumorkonferenz	Datum: __. __. ____		
Typ: <input type="checkbox"/> Prätherapeutisch	<input type="checkbox"/> Postoperativ	<input type="checkbox"/> Posttherapeutisch	<input type="checkbox"/> Therapieplanung ohne Tumorkonferenz
Empfehlung⁴:			
<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 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:

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)
 AS – Active Surveillance
 WS – Wait and see
 WW – Watchful Waiting
 SO – Sonstiges

³ Legende:

V – Vollremission (complete remission, CR)
 T – Teilremission (partial remission, PR)
 K – keine Änderung (no change, NC) = stable disease
 P – Progression
 D = divergentes Geschehen

B – klinische Besserung des Zustandes, Teilremissionkriterien jedoch nicht erfüllt (minimal response, MR)
 R – Vollremission mit residualen Auffälligkeiten (CRr)
 Y – Rezidiv
 U – Beurteilung unmöglich
 X – fehlende Angabe

⁴ 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