

	Information an das Klinische Krebsregister:
	<input type="checkbox"/> 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:																	
<input type="checkbox"/> Zentrumsfall/Primärfall	<input type="checkbox"/> Zentrumsfall/kein Primärfall																
<input type="checkbox"/> Kein Zentrumsfall																	
Studienteilnahme																	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein																
Einschlussdatum (wenn ja): __. __. ____	<input type="checkbox"/> Unbekannt																
Datum der klinischen Diagnose: __. __. ____																	
Tumordiagnose (ICD-10):	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> ICD-10-Version, nur angeben, falls nicht Version des lfd. Jahres _____																
Freitext: _____																	
Tumorlokalisation (ICD-O):	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;">C</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> ICD-O-Version nur angeben, falls nicht Version des lfd. Jahres _____	C															
C																	
Freitext: _____																	
<input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Beidseits <input type="checkbox"/> Mittellinie <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu <input type="checkbox"/> Unbekannt																	
Morphologie (M-Code):	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;">M</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> <input type="checkbox"/> Nicht bestimmt	M															
M																	
Morphologie Freitext: _____																	
Histopathologisches Grading¹: G ____ <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu																	
Tumorklassifikation																	
Datum: __. __. ____																	
TNM (8. Auflage), falls abweichend bitte angeben: _____																	
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">y/r</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">c/p</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">T-Klass.</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">(m)</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">c/p</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">N-Klass.</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">c/p</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">M-Klass.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">__</td> <td style="text-align: center;">__</td> <td style="text-align: center;">T __</td> <td style="text-align: center;">__</td> <td style="text-align: center;">__</td> <td style="text-align: center;">N __</td> <td style="text-align: center;">__</td> <td style="text-align: center;">M __</td> </tr> </table>		y/r	c/p	T-Klass.	(m)	c/p	N-Klass.	c/p	M-Klass.	__	__	T __	__	__	N __	__	M __
y/r	c/p	T-Klass.	(m)	c/p	N-Klass.	c/p	M-Klass.										
__	__	T __	__	__	N __	__	M __										
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">L __</td> <td style="text-align: center;">V __</td> <td style="text-align: center;">Pn __</td> <td style="text-align: center;">S __</td> </tr> </table> <i>Hinweis: Neu aufgetretene Metastasen oder Rezidiv bitte mittels Verlaufsbogen melden!</i>		L __	V __	Pn __	S __												
L __	V __	Pn __	S __														
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