

<b>Krankenkasse/Versicherungsname</b> (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**
**VERLAUFSBERICHT (STATUSMELDUNG)****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 Untersuchung:** \_\_ . \_\_ . \_\_\_\_

Datum der Feststellung einer Änderung des Tumorstatus

**Gesamtbeurteilung des Tumorstatus:**

<input type="checkbox"/> Vollremission (CR)	<input type="checkbox"/> Teilremission (PR)	<input type="checkbox"/> Klinische Besserung
<input type="checkbox"/> Keine Änderung (NC)	<input type="checkbox"/> Progression	<input type="checkbox"/> Divergentes Geschehen
<input type="checkbox"/> Rezidiv	<input type="checkbox"/> Vollremission mit residuellen Auffälligkeiten (CRr)	<input type="checkbox"/> Beurteilung unmöglich

**Detailbeurteilung des Tumorstatus:**

Primärtumor (PT), Lymphknoten (LK), Fernmetastasen (MET)

Beurteilung	PT	LK	MET
Kein Nachweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rezidiv / bei MET: neue Herde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorreste (Residualtumor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorreste – keine Änderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorreste – Progress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fraglicher Befund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unbekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte Beurteilung in jeder Spalte ankreuzen**

Fernmetastasen (inkl. Datum, mindestens monatsgenau)			
<input type="checkbox"/> Leber	__ . __ . ____	<input type="checkbox"/> Lunge	__ . __ . ____
<input type="checkbox"/> Knochen	__ . __ . ____	<input type="checkbox"/> Pleura	__ . __ . ____
<input type="checkbox"/> Hirn	__ . __ . ____	<input type="checkbox"/> Peritoneum	__ . __ . ____
<input type="checkbox"/> Nebenniere	__ . __ . ____	<input type="checkbox"/> Knochenmark	__ . __ . ____
<input type="checkbox"/> Haut	__ . __ . ____	<input type="checkbox"/> Andere (OTH)	__ . __ . ____
<input type="checkbox"/> Lymphknoten nicht regionär	__ . __ . ____	<input type="checkbox"/> Generalisierte Metastasierung	__ . __ . ____

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%)	

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

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: __ . __ . ____		
<b>Typ:</b>	<input type="checkbox"/> Prätherapeutisch	<input type="checkbox"/> Postoperativ	<input type="checkbox"/> Posttherapeutisch	<input type="checkbox"/> Therapieplanung ohne Tumorkonferenz
<b>Empfehlung<sup>1</sup>:</b>	<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
<b>Abweichung auf Wunsch des Patienten:</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unbekannt	

Zusätzliche Kontakte			
<b>Sozialdienst:</b>	<input type="checkbox"/> Ja,	am: __ . __ . ____	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Psychoonkologische Beratung:</b>	<input type="checkbox"/> Ja,	am: __ . __ . ____	<input type="checkbox"/> Nein

Block nur ausfüllen, falls Angaben neu erhoben wurden			
<b>Morphologie:</b>	M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Histologie-Einsendenummer:</b>	_____
<b>Histopathologisches Grading<sup>1</sup>:</b>	G ____	<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu	
<b>Aktuelle Tumorklassifikation</b>			
<b>TNM:</b>	_____	____. Auflage	<b>Datum:</b> __ . __ . ____
<b>UICC-Stadium:</b>	_____	<b>Andere Klassifikation (Name):</b>	_____ <b>Stadium:</b> _____

<sup>1</sup> Schlüssel siehe Hinweisblatt.

## Todesmeldung

**Sterbedatum:** \_ \_ . \_ \_ . \_ \_ \_ \_ **Tod tumorbedingt:**  Ja  Nein

**Todesursache** (Grundleiden)    .  **ICD 10**

Freitext \_\_\_\_\_

**Anmerkungen** (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind):

<sup>1</sup> 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