

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**
DIAGNOSE NICHT-MELANOTISCHER HAUTKREBS
Datum der klinischen Diagnose: _ . _ . _ . _ . _ . _ .

Tumordiagnose (ICD-10):

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

ICD-10-Version,

nur angeben, falls nicht Version des lfd. Jahres

Tumordiagnose (Freitext):
Tumorlokalisation (ICD-O):

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

ICD-O-Version

nur angeben, falls nicht Version des lfd. Jahres

Tumorlokalisation (Freitext):
 Links Rechts Beidseits Mittellinie

Histologie

Datum:

_ . _ . _ . _ . _ . _ .

Histologie-Einsendenummer:

Morphologie (M-Code):

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

 Nicht bestimmt

Histologischer/zytologischer Befund (Freitext):
Histopathologisches Grading:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gut differenziert (G1) | <input type="checkbox"/> Undifferenziert (G4) | <input type="checkbox"/> Intermediate (G2 oder G3) | <input type="checkbox"/> Borderline |
| <input type="checkbox"/> Mäßig differenziert (G2) | <input type="checkbox"/> Nicht bestimmbar (GX) | <input type="checkbox"/> High grade (G3 oder G4) | <input type="checkbox"/> Unbekannt |
| <input type="checkbox"/> Schlecht differenziert (G3) | <input type="checkbox"/> Low grade (G1 oder G2) | <input type="checkbox"/> G0 (mal. Mel. Konjunktiva) | <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu |

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

Datum:

_ . _ . _ . _ . _ . _ .

UICC-Stadium:

 c/p (m) c/p c/p
 _ T _ _ N _ _ M _

Höchste erreichte Diagnosesicherung (nur 1 Feld wählen):

-
- Histologisch
-
- Klinisches Untersuchungsverfahren
-
- Sonstige

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