

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**
PATHOLOGIEMELDEBOGEN**Entnahmedatum:** _ . _ . _ . _ . _ . _ .**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 Trifft nicht zu Unbekannt
Histologie

Datum: _ . _ . _ . _ . _ . _ .

Morphologie (M-Code):

M

Histologischer/zytologischer Befund (Freitext):**Histopathologisches Grading:**

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

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

Datum: _ . _ . _ . _ . _ . _ .

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:** _____

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 |

Histologie-Einsendenummer: _____

Einsender

Name, Vorname _____

Einrichtung _____

Fachabteilung _____

IKNR/BSNR/LANR _____

PLZ, Ort _____

Straße, Hausnr. _____

Telefon-Nr. _____

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

Empty box for notes.