

<b>Krankenkasse/Versicherungsname</b> (inkl. Vertrags-Nr. bei Privatversicherung)		
<b>Name, Vorname, Anschrift des Patienten</b>		
		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.
-----	----------	-----	-----	----------	-----	----------

__	<b>T</b>	__	__	<b>N</b>	__	<b>M</b>	__
----	----------	----	----	----------	----	----------	----

<b>L</b> __	<b>V</b> __	<b>Pn</b> __	<b>S</b> __
-------------	-------------	--------------	-------------

**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):