Version: 26.09.2022

kkr sachsen
KLINISCHE KREBSREGISTER SACHSEN

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: ☐ M ☐ W ☐ Divers ☐ 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

Meldedatum: _ _. _ _ . _ _ _ _ **Unterschrift Arzt/Ärztin**

TODESMELDUNG

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

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

Freitext _____

Tumordiagnose (ICD-10): ☐☐☐.☐☐ **ICD-10-Version**, nur angeben, falls nicht Version des lfd. Jahres _____

Freitext: _____

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