Version: 26.09.2022

kkr sachsen
KLINISCHE KREBSREGISTER SACHSEN

Hier bitte Personalienfeld eindrucken

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)**:**