

Titel:	Namenszusatz:
Geburtsname:	Frühere Namen:
Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> sonst./intersexuell <input type="checkbox"/> unbek.	
Bei privater Krankenversicherung: beihilfeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Beihilfestelle: _____	Beihilfenummer: _____

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: _____

Bankdaten: liegen dem Krebsregister vor

Falls noch nicht bekannt oder **geändert**, bitte separaten Erstmelderbogen nutzen.

Diagnosemeldung Prostatakarzinom

Tumordiagnose (ICD-10): [] [] [] [] . [] [] [] Tumorlokalisation (ICD-O): [C] [] [] [] . [] [] []	Datum der klinischen Diagnose: ____ . ____ . ____ <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseits <input type="checkbox"/> Mittellinie <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <input type="checkbox"/> unbek.
---	---

Histologie (M-Code): [M] [] [] [] [] [] / [] [] [] <input type="checkbox"/> nicht bestimmt Morphologie Freitext: _____	Datum Histologie: ____ . ____ . ____ Histopathologisches Grading: G ____ <input type="checkbox"/> trifft nicht zu
---	---

Gleason- Score nur Summe bekannt

____ + ____ = ____
 Muster 1 + Muster 2 = Summe

Anlass Gleason

OP Stanze / TUR unbekannt

Stanzen

Datum der Entnahme: ____ . ____ . ____ Anzahl der Stanzen: ____
 Anzahl positiver Stanzen: ____
 Carcinom- Befall der am schwersten befallenen Stanze: ____ %
 unbekannt

PSA- Wert

____ ng/ml Datum: ____ . ____ . ____

Körperlicher Leistungszustand:
 nach ECOG/WHO-Schlüssel oder (Karnofsky):

0 (90-100%) 1 (70-80%) 2 (50-60%) 3 (30-40%) 4 (10-20%)

Frühere (letzte) Tumorerkrankung (en):

Abschließende Angaben

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

Tumorklassifikation Datum: ____ . ____ . ____

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

		T					N				M	
a/r	c/u/p	T-Klass.	(m)	c/u/p	N-Klass.	c/p	M-Klass.					
L	V	Pn	S	UICC-Stadium:								

Fernmetastasen
 Bitte Datum (tt/mm/jjjj) der diagnostischen Sicherung angeben, falls vom Diagnosedatum abweichend.

<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> Lunge
<input type="checkbox"/> Knochen	<input type="checkbox"/> Pleura
<input type="checkbox"/> Hirn	<input type="checkbox"/> Peritoneum
<input type="checkbox"/> Nebenniere	<input type="checkbox"/> Knochenmark
<input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> andere (OTH)
<input type="checkbox"/> Lymphknoten nicht regionär	<input type="checkbox"/> Generalisierte Metastasierung

Höchste erreichte Diagnosesicherung (nur 1 Feld wählen):

Histologie (Primärtumor) spezifischer Tumormarker
 Histologie (Metastase) klinisch, spezifisch - ohne Histologie
 Zytologie klinisch, nur körperl. Untersuchung

Tumorkonferenz (prätherapeutisch):

Datum: ____ . ____ . ____

Melddatum: ____ . ____ . ____

Arztstempel oder Stempel der Meldestelle Unterschrift Arzt/Ärztin

Allgemeine Hinweise zum Umgang mit Meldebögen

Übermittlung der Meldebögen:

Den ausgefüllten Dokumentationsbogen bitte ausdrucken, unterschreiben und per Post an das nach Behandlungsort zuständige Krebsregister senden.

Der Bogen darf keinesfalls per E-Mail verschickt werden.

Erstmalige Meldung:

Melden Sie erstmalig, füllen Sie bitte den Bogen mit den Kontakt- und Kontodaten aus. Wir benötigen Ihre Kontaktdaten sowie Ihre Bankverbindung für die Überweisung der Meldevergütung.

Für jeden Meldeanlass existiert ein speziell angepasster Bogen.

Bitte füllen Sie die Felder aus, soweit Ihnen die Informationen vorliegen. Der Meldezeitpunkt sollte so gewählt werden, dass die Meldung ausreichend vollständig ist.

Meldezeitpunkt

Nach sächsischem Krebsregistergesetz (§5 und §16 SächsKRegG) muss die Meldung innerhalb von **vier Wochen** ab Vorliegen eines Meldeanlasses vollständig an das zuständige klinische Krebsregister übermittelt werden.

Ausfüllhinweise, Legende und Schlüssel

Datumsangaben: bei fehlendem Tag „00“ eingeben; bei fehlendem Monat „00“ eingeben; bei fehlendem Jahr „0000“ eingeben

ICD-10: Schlüssel:5-stellig: [C,D]##.# (z. B. C50.9, D05.1) (Derzeit ICD-10-Version: ICD-10-GM Version 18)

ICD-O: Topographie-Schlüssel:6-stellig: [C,]##.## (z. B. C17.01) (Derzeit ICD-O-Version: ICD-O-3 (3. Auflage))

TNM-Präfix:

- c = Kategorie wurde durch klinische Angaben festgestellt, bzw. erfüllt die Kriterien für p nicht
- leer = Kategorie wurde durch klinische Angaben festgestellt, bzw. erfüllt die Kriterien für p nicht
- p = Feststellung der Kategorie erfolgte durch eine pathohistologische Untersuchung
- u = Feststellung mit Ultraschall
- a = Klassifikation erfolgte durch Autopsie
- r = Klassifikation erfolgte zur Beurteilung eines Rezidivs
- y = Klassifikation erfolgte während oder nach initialer multimodaler Therapie

TNM – m-Symbol:

- m = multiple Tumoren ohne Angabe der Zahl
- Zahl = Anzahl der multiplen Tumoren
- leer = keine multiplen Tumoren

Lymphgefäßinvasion:

- LX = nicht beurteilbar
- L0 = Keine Lymphgefäßinvasion
- L1 = Lymphgefäßinvasion

Veneninvasion:

- VX = nicht beurteilbar
- V0 = Keine Veneninvasion
- V1 = Mikroskopisch
- V2 = Makroskopisch

Perineuralinvasion:

- PnX = nicht beurteilbar
- Pn0 = Keine perineurale Invasion
- Pn1 = Perineurale Invasion

Serumtumormarker: SX = Werte nicht verfügbar oder entsprechende Untersuchungen nicht vorgenommen
(nur bei Keimzelltumoren) S0 = innerhalb der normalen Grenzen
S1–S3 = Wenigstens einer der Serumtumormarker erhöht
N = obere Grenze des Normalwertes

Anmerkung: dient für alle Eingaben, die mit Hilfe der angebotenen Felder nicht ausreichend dargestellt werden können.