

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.

Therapiemeldung – Operation

Erkrankung, auf die sich die Therapie bezieht:

Diagnosedatum (monatsgenau): ____ . ____ . ____

Tumordiagnose (ICD-10) .

Freitext: _____

Tumorlokalisation (ICD-O): .

links rechts beidseits Mittellinie trifft nicht zu unbekannt

Freitext: _____

Datum der OP-Histologie: ____ . ____ . ____

Morphologie (M-Code): /

nicht bestimmt

Morphologie Freitext: _____

Histopathologisches Grading: G ____ trifft nicht zu

Histologie-Einsendenummer: _____

Höchste erreichte Diagnosesicherung (nur 1 Feld wählen):

Histologie (Primärtumor) spezifischer Tumormarker

Histologie (Metastase) klinisch, spezifisch - ohne Histologie

Zytologie klinisch, nur körperl. Untersuchung

Postoperative Tumorklassifikation Datum: ____ . ____ . ____

TNM (8. Auflage), falls abweichend bitte angeben:		T		N		M	
y/r	c/u/p	T-Klass.	(m)	c/u/p	N-Klass.	c/p	M-Klass.
L	V	Pn	S	UICC-Stadium:			

Ann Arbor: _____

Andere Klassifikation:

Name: _____ Stadium: _____

Fernmetastasen (prä- und intraoperative) bitte **Datum** der diagnostischen Sicherung angeben, falls vom OP-Datum 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 ____ . ____ . ____

OP-Intention (I)

① kurativ ② palliativ ③ diagnostisch ④ Revision/Komplikation

I	Datum	Bezeichnung	OPS

Komplikationen: unbekannt nein ja, bitte angeben welche

Freitext oder Schlüssel (Schlüssel s. Rückseite) **Schlüssel**

_____ _____

_____ _____

Untersuchte / befallene Lymphknoten ____ / ____

davon untersuchte / befallene SN-Lymphknoten ____ / ____

Residualstatus (R-Status):

Lokaler R-Status R0 R1 R1(is) R1(cy+) R2 RX

OP-Präparat: _____

Gesamt-R R0 R1 R1(is) R1(cy+) R2 RX

bei Abschluss: _____

Therapiebeurteilung (Ausprägungen s. Rückseite)

Gesamtbeurteilung: ____ Lymphknoten (regionär): ____

Primärtumor: ____ Fernmetastasen: ____

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

0 (90-100%) 2 (50-60%) 4 (10-20%)

1 (70-80%) 3 (30-40%)

Tumorkonferenz: Datum: ____ . ____ . ____

Typ: prätherapeutisch postoperativ posttherapeutisch

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

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 klinische 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. Für Daten, die sich im Verlauf neu ergeben können (neue Klassifikation, neue Metastasen, neue Histologie), sind auf allen Bögen entsprechende Eingabefelder vorhanden. Die zugehörigen Datumsfelder werden für die zeitliche Zuordnung unbedingt benötigt. Liegen zu den optionalen Feldern keine neuen Informationen vor, können sie leer bleiben. Es ist nicht nötig, jeweils alle Angaben zu wiederholen. Um bei Mehrfachtumoren den Tumorbezug herstellen zu können, muss jedoch jeweils das Diagnosedatum (mind. monatsgenau), die Diagnose (Text/ICD10), die Lokalisation und die Histologie erneut angegeben werden.

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

OP-Komplikationen:

ABD Abszess in einem Drainagekanal	HZI Herzinsuffizienz	OSM Osteitis, Osteomyelitis
ABS Abszess, intraabdominaler oder intrathorakaler	HRS Herzrhythmusstörungen	PAF Pankreasfistel
ASF Abszess, subfaszialer	HNA Hirnnervenausfälle	PIT Pankreatitis
ANI Akute Niereninsuffizienz	HOP Hirnorganisches Psychosyndrom	PAB Perianale Blutung
AEP Alkoholentzugspsychose	HYB Hyperbilirubinämie	PPA Periphere Parese
ALR Allergische Reaktion ohne Schocksymptomatik	HYF Hypopharynx fistel	PAV Peripherer arterieller Verschluss
ANS Anaphylaktischer Schock	IFV Iliofemorale Venenthrombose	PER Peritonitis
AEE Anastomoseninsuffizienz einer Enterostomie	KAS Kardiogener Schock	PLB Platzbauch
API Apoplektischer Insult	KES Komplikationen einer Stomaanlage	PEY Pleuraempyem
BIF Biliäre Fistel	KIM Komplikation eines Implantates	PLE Pleuraerguss
BOG Blutung, obere gastrointestinale	KRA Krampfanfall	PMN Pneumonie
BOE Bolusverlegung eines Endotubus	KDS Kurzdarmsyndrom	PNT Pneumothorax
BSI Bronchusstumpfsuffizienz	LEV Leberversagen	PDA Protrahierte Darmatonie (paralytischer Ileus)
CHI Cholangitis	LOE Lungenödem	PAE Pulmonalarterienembolie
DAI Darmanastomoseninsuffizienz	LYF Lymphfistel	RPA Rekurrensparese
DPS Darnpassagestörungen	LYE Lymphozele	RIN Respiratorische Insuffizienz
DIC Disseminierte intravasale Koagulopathie	MES Magenentleerungsstörung	SKI Septische Komplikation eines Implantates
DEP Drogenentzugspsychose	MIL Mechanischer Ileus	SES Septischer Schock
DLU Druck- und Lagerungsschäden,	MED Mediastinitis	SFH Störungen des Flüssigkeits-, Elektrolyt- und Säurebasenhaushaltes
DSI Duodenalstumpfsuffizienz	MAT Mesenterialarterien- oder -venenthrombose	STK Stomakomplikation
ENF Enterale Fistel	MYI Myokardinfarkt	TZP Thrombozytopenie
GER Gerinnungsstörung	RNB Nachblutung, revisionsbedürftig, anderweitig nicht erwähnt	TIA (transitorische ischämische Attacke) oder Rind (reversibles ischämisches neurologisches Defizit)
HEM Hämatemesis	NAB Nachblutung, nicht revisionsbedürftig, anderweitig nicht erwähnt	TRZ Transfusionszwischenfall
HUR Hämaturie	NIN Nahtinsuffizienz, anderweitig nicht erwähnt	WUH Wundhämatom (konservativ therapiert)
HAE Hämorrhagischer Schock	OES Ösophagitis	WSS Wundheilungsstörung, subkutane
HFI Harnfistel		
HNK Hautnekrose im Operationsbereich		

Grading:

0 = malignes Melanom der Konjunktiva
1 = gut differenziert
2 = mäßig differenziert
3 = schlecht differenziert
4 = undifferenziert
X = nicht bestimmbar
L = low grade (G1 oder G2)
M = intermediate (G2 oder G3)
H = high grade (G3 oder G4)
B = Borderline
U = unbekannt
T = trifft nicht zu

Residualstatus:

R0 = Kein Residualtumor
R1 = Mikroskopischer Residualtumor
R2 = Makroskopischer Residualtumor
R1 (is) = In-Situ-Rest
R1 (cy+) = Cytologischer Rest
RX = Vorhandensein von Residualtumor kann nicht beurteilt werden

Therapiebeurteilungen:

Gesamtbeurteilung:

V = Vollremission (complete remission, CR)
T = Teilremission/mindestens 50 % Rückgang des Tumors (partial remission, PR)
K = Keine Änderung (no change, NC), stable disease
P = Progression
D = Divergentes Geschehen
B = Klinische Besserung des Zustandes, Kriterien für Teilremission jedoch nicht erfüllt (minimal response, MR)
R = Vollremission mit residualen Auffälligkeiten (CRr)
U = Beurteilung unmöglich

Beurteilung Primärtumor:

K = Kein Tumor nachweisbar
T = Tumorreste (Residualtumor)
P = Tumorreste Residualtumor Progress
N = Tumorreste Residualtumor No Change
R = Lokalrezidiv
F = Fraglicher Befund
U = Unbekannt

Beurteilung Lymphknoten:

K = Kein Lymphknotenbefall nachweisbar
R = Neu aufgetretenes Lymphknotenrezidiv
T = Bekannter Lymphknotenbefall Residuen
P = Bekannter Lymphknotenbefall Progress
N = Bekannter Lymphknotenbefall No Change
F = Fraglicher Befund
U = Unbekannt

Beurteilung Fernmetastasen:

K = Keine Fernmetastasen nachweisbar
M = Verbliebene Fernmetastase(n)
R = Neu aufgetretene Fernmetastase(n) bzw. Metastasenrezidiv
T = Fernmetastasen Residuen
P = Fernmetastasen Progress
N = Fernmetastasen No Change
F = Fraglicher Befund
U = Unbekannt
X = Fehlende Angabe