



--	--

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:	
<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> liegen dem Krebsregister vor	
Falls noch nicht bekannt oder geändert , bitte separaten Erstmelderbogen nutzen.	

Organspezifische Zusatzmeldung Kolorektales Karzinom

Tumordiagnose (ICD-10): <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> . <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Datum der klinischen Diagnose: ____ . ____ . ____
Tumorlokalisation (ICD-O): <input type="text" value="C"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> . <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<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): <input type="text" value="M"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>	Datum Histologie: ____ . ____ . ____
Freitext: _____ <input type="text" value="M"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>	Histopathologisches Grading: G _____ <input type="checkbox"/> trifft nicht zu

Angaben bei Kolon- und Rektumkarzinom

Präoperative ASA- Klassifikation <input type="checkbox"/> 1= normaler, ansonsten gesunder Patient <input type="checkbox"/> 2= Patient mit leichter Allgemeinerkrankung <input type="checkbox"/> 3= Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, Leistungseinschränkung <input type="checkbox"/> 4= Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung <input type="checkbox"/> 5= moribunder Patient	Art des Eingriffs <input type="checkbox"/> Elektiveingriff <input type="checkbox"/> Notfalleingriff <hr/> K- RAS- Mutation <input type="checkbox"/> Wildtyp <input type="checkbox"/> Mutation <input type="checkbox"/> nicht untersucht
Sozialdienstkontakt Datum: ____ . ____ . ____ <input type="checkbox"/> nein	Studienrekrutierung Datum: ____ . ____ . ____ <input type="checkbox"/> nein

Zusätzliche Angaben bei Rektumkarzinom

Präoperative Anzeichnung der Stomaposition <input type="checkbox"/> Anzeichnung durchgeführt <input type="checkbox"/> Anzeichnung nicht durchgeführt <input type="checkbox"/> Stoma angelegt, Anzeichnung unbekannt <input type="checkbox"/> kein Stoma	Grad der Anastomoseninsuffizienz <input type="checkbox"/> keine Insuffizienz oder höchstens Grad A <input type="checkbox"/> Grad B Antibiotikagabe, interventionelle Drainage oder transanale Lavage/Drainage <input type="checkbox"/> Grad C ((Re)Laparotomie)
Abstandsangaben Abstand des Tumorrandes zur Anokutanlinie: _____ cm Bildgebend Abstand zur mesorektalen Faszie: _____ mm <input type="checkbox"/> MRT oder Dünnschicht-CT durchgeführt, aber Abstand nicht angegeben <input type="checkbox"/> MRT oder Dünnschicht-CT nicht durchgeführt Abstand zur circumferentiellen Resektionsebene: _____ mm Minimaler Abstand vom aboralen Resektionsrand: _____ mm	Qualität des TME- Präparats (nach Mercury) <input type="checkbox"/> Grad 1 (gut) <input type="checkbox"/> Grad 2 (moderat) <input type="checkbox"/> Grad 3 (schlecht) <input type="checkbox"/> PME durchgeführt <input type="checkbox"/> lokale Exzision durchgeführt <input type="checkbox"/> andere Operation durchgeführt

Abschließende Angaben

Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind): _____ _____ _____	Meldedatum: ____ . ____ . ____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Arztstempel oder Stempel der Meldestelle Unterschrift Arzt/Ärztin </div>
---	--