

**Krankenkasse/ Versicherungsname** (incl. Vertrags-Nr. bei Privatversicherung)

Name, Vorname, Anschrift des Patienten geb. am: \_\_\_\_\_

---

Kassen-Nr.: \_\_\_\_\_    Versicherten-Nr. / Vertrags-Nr.: \_\_\_\_\_    Status: \_\_\_\_\_

Betriebsstätten-Nr.: \_\_\_\_\_    Lebenslange Arztnr. / Zahnarztnr.: \_\_\_\_\_    Datum: \_\_\_\_\_

**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.

**Titel:** \_\_\_\_\_ **Namenszusatz:** \_\_\_\_\_

**Geburtsname:** \_\_\_\_\_ **Frühere Namen:** \_\_\_\_\_

**Geschlecht**  m  w  sonst./intersexuell  unbek.

**Bei privater Krankenversicherung:**

beihilfeberechtigt:  ja  nein

Beihilfestelle: \_\_\_\_\_ Beihilfenummer: \_\_\_\_\_

**Organspezifische Zusatzmeldung Kolorektales Karzinom**

**Tumordiagnose (ICD-10):** [ ][ ][ ][ ] . [ ][ ][ ] **Datum der klinischen Diagnose:** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

**Tumorlokalisation (ICD-O):** [C][ ][ ][ ] . [ ][ ][ ]  links  rechts  beidseits  Mittellinie  trifft nicht zu  unbek.

**Histologie (M-Code):** [M][ ][ ][ ][ ] / [ ][ ][ ] **Datum Histologie:** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Freitext: \_\_\_\_\_ **Histopathologisches Grading:** G \_\_\_\_\_  trifft nicht zu

**Angaben bei Kolon- und Rektumkarzinom**

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

**Zusätzliche Angaben bei Rektumkarzinom**

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

**Abschließende Angaben**

<p><b>Anmerkungen</b> (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind):</p>  	<p><b>Meldedatum:</b> ____ . ____ . ____</p>  <p align="center"><b>Arztstempel oder Stempel der Meldestelle</b> <span style="float: right;"><b>Unterschrift Arzt/Ärztin</b></span></p>
---	--