

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: _____	



kkcr sachsen

KLINISCHE KREBSREGISTER SACHSEN

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.	

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: _____

Diagnosemeldung Kolorektales Karzinom

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

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

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

Abschließende Angaben	
Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind):	Meldedatum: ____ . ____ . ____
	Arztstempel oder Stempel der Meldestelle
	Unterschrift Arzt/Ärztin