

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:	
<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 Prostatakarzinom

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: _____
<input type="checkbox"/> nicht bestimmt	Histopathologisches Grading: G _____ <input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Morphologie Freitext: _____	

Gleason- Score	Anlass Gleason
<input type="checkbox"/> nur Summe bekannt	<input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Stanze / TUR <input type="checkbox"/> unbekannt
_____ + _____ = _____	
Muster 1	Muster 2
	Summe

Stanzen
Datum der Entnahme: _____ Anzahl der Stanzen: _____ Anzahl positiver Stanzen: _____
Carcinom- Befall der am schwersten befallenen Stanze: _____ % <input type="checkbox"/> unbekannt

PSA- Wert
_____ ng/ml
Datum: _____

Postoperative Komplikationen
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> keine oder höchstens Grad II <input type="checkbox"/> unbekannt

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