

--	--

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): <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: ____ . ____ . ____
<input type="checkbox"/> nicht bestimmt <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
Morphologie Freitext: _____	

Gleason- Score <input type="checkbox"/> nur Summe bekannt <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;">Muster 1</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">+</td> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;">Muster 2</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">=</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">Summe</td> </tr> </table>	Muster 1	+	Muster 2	=	Summe	Anlass Gleason <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	Datum: ____ . ____ . ____
_____ ng/ml	

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): <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>	Melddatum: ____ . ____ . ____ <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> Arztstempel oder Stempel der Meldestelle </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> Unterschrift Arzt/Ärztin </td> </tr> </table>	Arztstempel oder Stempel der Meldestelle	Unterschrift Arzt/Ärztin
Arztstempel oder Stempel der Meldestelle	Unterschrift Arzt/Ärztin		