



Empty box for patient information or notes.

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:

Diagnosemeldung Allgemein

Datum der klinischen Diagnose:
Tumordiagnose (ICD-10)
ICD-10-Version, nur angeben, falls nicht Version des lfd. Jahres
Tumorlokalisation (ICD-O):
links rechts beidseits Mittellinie trifft nicht zu unbekannt
ICD-O-Version, nur angeben, falls nicht aktuelle Version des lfd. Jahres

Tumordiagnose (Freitext):

Tumorlokalisation (Freitext):

Histologischer / zytologischer Befund (Freitext):

Histologie Datum:

Morphologie (M-Code):
nicht bestimmt

Morphologie Freitext:

Histopathologisches Grading:

- gut differenziert (G1) low grade (G1 oder G2)
mäßig differenziert (G2) intermediate (G2 oder G3)
schlecht differenziert (G3) high grade (G3 oder G4)
undifferenziert (G4) G0 (mal. Mel. Konjunktiva)
nicht bestimmbar (GX) Borderline
unbekannt trifft nicht zu

Histologie-Einsendenummer:

Höchste erreichte Diagnosesicherung (nur 1 Feld wählen):

- Histologie (Primärtumor) spezifischer Tumormarker
Histologie (Metastase) klinisch, spezifisch - ohne Histologie
Zytologie klinisch, nur körperl. Untersuchung

Frühere (letzte) Tumorerkrankung (en):

Körperlicher Leistungszustand:

- nach ECOG/WHO-Schlüssel oder (Karnofsky):
0 (90-100%) 2 (50-60%) 4 (10-20%)
1 (70-80%) 3 (30-40%)

Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind):

Tumorklassifikation Datum:

TNM (8. Auflage), falls abweichend bitte angeben:

Table with columns for T, N, M, L, V, Pn, S, UICC-Stadium

Ann Arbor:

Andere Klassifikation:

Name: Stadium:

Fernmetastasen

Bitte Datum (tt/mm/jjjj) der diagnostischen Sicherung angeben, falls vom Diagnosedatum abweichend.

- Leber Lunge
Knochen Pleura
Hirn Peritoneum
Nebenniere Knochenmark
Haut andere (OTH)
Lymphknoten nicht regionär Generalisierte Metastasierung

Tumorkonferenz (prätherapeutisch):

Datum:

Melddatum:

Arztstempel oder Stempel der Meldestelle Unterschrift Arzt/Ärztin

Allgemeine Hinweise zum Umgang mit Meldebögen

Übermittlung der Meldebögen:

Den ausgefüllten Dokumentationsbogen bitte ausdrucken, unterschreiben und per Post an das nach Behandlungsort zuständige Krebsregister senden.

Der Bogen darf keinesfalls per E-Mail verschickt werden.

Erstmalige Meldung:

Melden Sie erstmalig, füllen Sie bitte den Bogen mit den Kontakt- und Kontodaten aus. Wir benötigen Ihre Kontaktdaten sowie Ihre Bankverbindung für die Überweisung der Meldevergütung.

Für jeden Meldeanlass existiert ein speziell angepasster Bogen.

Bitte füllen Sie die Felder aus, soweit Ihnen die Informationen vorliegen. Der Meldezeitpunkt sollte so gewählt werden, dass die Meldung ausreichend vollständig ist.

Meldezeitpunkt

Nach sächsischem Krebsregistergesetz (§5 und §16 SächsKRegG) muss die Meldung innerhalb von **vier Wochen** ab Vorliegen eines Meldeanlasses vollständig an das zuständige klinische Krebsregister übermittelt werden.

Ausfüllhinweise, Legende und Schlüssel

Datumsangaben: bei fehlendem Tag „00“ eingeben; bei fehlendem Monat „00“ eingeben; bei fehlendem Jahr „0000“ eingeben

ICD-10: Schlüssel:5-stellig: [C,D]##.# (z. B. C50.9, D05.1) (Derzeit ICD-10-Version: ICD-10-GM Version 18)

ICD-O: Topographie-Schlüssel:6-stellig: [C,]##.## (z. B. C17.01) (Derzeit ICD-O-Version: ICD-O-3 (3. Auflage))

TNM-Präfix:

- c = Kategorie wurde durch klinische Angaben festgestellt, bzw. erfüllt die Kriterien für p nicht
- leer = Kategorie wurde durch klinische Angaben festgestellt, bzw. erfüllt die Kriterien für p nicht
- p = Feststellung der Kategorie erfolgte durch eine pathohistologische Untersuchung
- u = Feststellung mit Ultraschall
- a = Klassifikation erfolgte durch Autopsie
- r = Klassifikation erfolgte zur Beurteilung eines Rezidivs
- y = Klassifikation erfolgte während oder nach initialer multimodaler Therapie

TNM – m-Symbol:

- m = multiple Tumoren ohne Angabe der Zahl
- Zahl = Anzahl der multiplen Tumoren
- leer = keine multiplen Tumoren

Lymphgefäßinvasion:

- LX = nicht beurteilbar
- L0 = Keine Lymphgefäßinvasion
- L1 = Lymphgefäßinvasion

Veneninvasion:

- VX = nicht beurteilbar
- V0 = Keine Veneninvasion
- V1 = Mikroskopisch
- V2 = Makroskopisch

Perineuralinvasion:

- PnX = nicht beurteilbar
- Pn0 = Keine perineurale Invasion
- Pn1 = Perineurale Invasion

Serumtumormarker: SX = Werte nicht verfügbar oder entsprechende Untersuchungen nicht vorgenommen
(nur bei Keimzelltumoren) S0 = innerhalb der normalen Grenzen
S1–S3 = Wenigstens einer der Serumtumormarker erhöht
N = obere Grenze des Normalwertes

Anmerkung: dient für alle Eingaben, die mit Hilfe der angebotenen Felder nicht ausreichend dargestellt werden können.