

**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: \_\_\_\_\_

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

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

Geschlecht  m  w  sonst./intersexuell  unbek.

Bei privater Krankenversicherung:  
beihilfeberechtigt:  ja  nein

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

**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.

## Verlaufsbericht

**Bezug der Verlaufsmeldung zu folgender Diagnose:**

**Diagnosedatum** (monatsgenau): \_\_\_\_\_

**Tumordiagnose (ICD-10)** [ ][ ] . [ ][ ]  
 Freitext \_\_\_\_\_

**Tumorklassifikation (ICD-O):** [C][ ][ ] . [ ][ ]  
 links  rechts  beidseits  Mittellinie  trifft nicht zu  unbekannt  
 Freitext \_\_\_\_\_

**Nebenwirkungen**, die zeitlich nach Abschluss einer Therapie aufgetreten sind:

keine oder nur bis Grad 2 Datum: \_\_\_\_\_

Art der NW nach CTC, Grad 3 oder höher	Auflage: _____	Grad
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Tumorkonferenz:** \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
 Typ:  prätherapeutisch  postoperativ  posttherapeutisch

**Datum der Untersuchung:** \_\_\_\_\_  
 Datum der Feststellung einer Änderung des Tumorstatus

**Gesamtbeurteilung des Tumorstatus:**

Vollremission (CR)  Teilremission (PR)  Klinische Besserung (MR)  
 Keine Änderung (NC)  Progression  Divergentes Geschehen  
 Vollremission mit residuellen Auffälligkeiten (CRr)  Beurteilung unmöglich

**Detailbeurteilung des Tumorstatus:**  
 Primärtumor (PT), Lymphknoten (LK), Fernmetastasen (MET)

Beurteilung	PT	LK	MET
kein Nachweis			
Rezidiv / bei MET: neue Herde			
Tumorreste (Residualtumor)			
Tumorreste – keine Änderung			
Tumorreste – Progress			
fraglicher Befund			
unbekannt			

**Bitte Beurteilung in jeder Spalte ankreuzen**

**Fernmetastasen** (incl. Datum, mindestens monatsgenau)

<input type="checkbox"/> Leber _____	<input type="checkbox"/> Lunge _____
<input type="checkbox"/> Knochen _____	<input type="checkbox"/> Pleura _____
<input type="checkbox"/> Hirn _____	<input type="checkbox"/> Peritoneum _____
<input type="checkbox"/> Nebenniere _____	<input type="checkbox"/> Knochenmark _____
<input type="checkbox"/> Haut _____	<input type="checkbox"/> andere (OTH) _____
<input type="checkbox"/> Lymphknoten _____	<input type="checkbox"/> Generalisierte _____
nicht regionär	Metastasierung

**Körperlicher Leistungszustand:** nach ECOG/WHO-Schlüssel oder (Karnofsky):

0 (90-100%)  2 (50-60%)  4 (10-20%)  
 1 (70-80%)  3 (30-40%)

**Block nur ausfüllen, falls Angaben neu erhoben wurden**

**Morphologie:** [M][ ][ ][ ][ ] / [ ][ ][ ]

**Histopathologisches Grading:** G \_\_\_\_\_  trifft nicht zu  
 Histologie-Einsendenummer: \_\_\_\_\_

**aktuelle Tumorklassifikation** Datum: \_\_\_\_\_  
 TNM: \_\_\_\_\_ . Auflage \_\_\_\_\_

**Andere Klassifikation:**  
 Name: \_\_\_\_\_ Stadium: \_\_\_\_\_

**Todesmeldung**

**Sterbedatum:** \_\_\_\_\_

**Todesursache** (Grundleiden) [ ][ ][ ] . [ ][ ] **ICD 10**  
 Freitext \_\_\_\_\_

**Tod tumorbedingt:**  Ja  Nein

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

Meldedatum: \_\_\_\_\_

**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 zusenden.  
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. Für Daten, die sich im Verlauf neu ergeben können (neue Klassifikation, neue Metastasen, neue Histologie), sind auf allen Bögen entsprechende Eingabefelder vorhanden. Die zugehörigen Datumsfelder werden für die zeitliche Zuordnung unbedingt benötigt. Liegen zu den optionalen Feldern keine neuen Informationen vor, können sie leer bleiben. Es ist nicht nötig, jeweils alle Angaben zu wiederholen. Um bei Mehrfachtumoren den Tumorbezug herstellen zu können, muss jedoch jeweils das Diagnosedatum (mind. monatsgenau), die Diagnose (Text/ICD10), die Lokalisation und die Histologie erneut angegeben werden.

## 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
S0	= innerhalb der normalen Grenzen
S1–S3	= Wenigstens einer der Serumtumormarker erhöht
N	= obere Grenze des Normalwertes

## Grading:

0 = malignes Melanom der Konjunktiva

1 = gut differenziert

2 = mäßig differenziert

3 = schlecht differenziert

4 = undifferenziert

X = nicht bestimmbar

L = low grade (G1 oder G2)

M = intermediate (G2 oder G3)

H = high grade (G3 oder G4)

B = Borderline

U = unbekannt

T = trifft nicht zu

Bei der Klassifikation sind die einschlägigen Regeln der Literatur (TNM) zu beachten.

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