

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. / Zahnarznr.: _____ Datum: _____

_ _ . _ _ . _ _ _ _

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 Prostatakarzinom

Tumordiagnose (ICD-10): [] [] [] [] . [] [] **Datum der klinischen Diagnose:** _ _ . _ _ . _ _ _ _

Tumorlokalisation (ICD-O): [C] [] [] [] . [] [] links rechts beidseits Mittellinie trifft nicht zu unbek.

Histologie (M-Code): [M] [] [] [] [] [] / [] [] **Datum Histologie:** _ _ . _ _ . _ _ _ _

nicht bestimmt Histopathologisches Grading: G _____ trifft nicht zu

Morphologie Freitext: _____

Gleason- Score nur Summe bekannt

_____ + _____ = _____

Muster 1 + Muster 2 = Summe

Anlass Gleason

OP Stanze / TUR unbekannt

Tumorklassifikation **Datum:** _ _ . _ _ . _ _ _ _

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

		T					N				M	
a/r	c/u/p	T-Klass.	(m)	c/u/p	N-Klass.	c/p	M-Klass.					
L	V	Pn	S	UICC-Stadium:								

Stanzen

Datum der Entnahme: _ _ . _ _ . _ _ _ _ Anzahl der Stanzen: _____

Anzahl positiver Stanzen: _____

Carcinom- Befall der am schwersten befallenen Stanze: _____ % unbekannt

Fernmetastasen

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

<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 nicht regionär _____	<input type="checkbox"/> Generalisierte Metastasierung _____

PSA- Wert

_____ ng/ml Datum: _ _ . _ _ . _ _ _ _

Höchste erreichte Diagnosesicherung (nur 1 Feld wählen):

Histologie (Primärtumor) spezifischer Tumormarker

Histologie (Metastase) klinisch, spezifisch - ohne Histologie

Zytologie klinisch, nur körperl. Untersuchung

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

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

Frühere (letzte) Tumorerkrankung (en):

Tumorkonferenz (prätherapeutisch):

Datum: _ _ . _ _ . _ _ _ _

Abschließende Angaben

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

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.