



Information an das Klinische Krebsregister:

Melder/Arzt/Ärztin ist rein diagnostisch tätig ohne unmittelbaren Patientenkontakt

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: _____

Pathologiemeldebogen (Diagnosemeldung für Ärzte ohne Patientenkontakt)

Datum der klinischen Diagnose: _ _ . _ _ . _ _

Tumordiagnose (ICD-10) [][][] . [][]

ICD-10-Version,
nur angeben, falls nicht Version des lfd. Jahres _____

Tumorklassifikation (ICD-O): [C][][] . [][]

links rechts beidseits Mittellinie trifft nicht zu unbekannt

ICD-O-Version
nur angeben, falls nicht aktuelle Version des lfd. Jahres _____

Morphologie (M-Code):

M					/		
M					/		

Histopathologisches Grading:

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

Histologie-Einsendenummer: _____

Einsender

Name, Vorname _____

Einrichtung _____

Fachabteilung _____

PLZ, Ort _____

Straße, Hausnr. _____

Telefon- Nr. _____

Höchste erreichte Diagnosesicherung (nur 1 Feld wählen):

- Histologie (Primärtumor)
- Histologie (Metastase)
- Zytologie
- spezifischer Tumormarker
- klinisch, spezifisch - ohne Histologie

Frühere (letzte) Tumorerkrankung (en):
nur ausfüllen, falls maligner Vorbefund bekannt ist

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

Tumordiagnose (Freitext):

Tumorklassifikation (Freitext):

Histologischer / zytologischer Befund (Freitext):

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

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

		T				N			
a/r	c/u/p	T-Klass.	(m)	c/u/p	N-Klass.	c/p	M-Klass.		
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 _____
- Knochen _____
- Hirn _____
- Nebenniere _____
- Haut _____
- Lymphknoten nicht regionär _____
- Lunge _____
- Pleura _____
- Peritoneum _____
- Knochenmark _____
- andere (OTH) _____
- Generalisierte Metastasierung _____

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.