



**kk**r sachsen

KLINISCHE KREBSREGISTER SACHSEN

**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:	

**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):** C [ ][ ][ ] . [ ][ ]

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

<b>Morphologie (M-Code):</b>	M	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	/	[ ]	[ ]
<input type="checkbox"/> nicht bestimmt	M	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	/	[ ]	[ ]

Morphologie Freitext: \_\_\_\_\_

**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	<b>UICC-Stadium:</b>			

**Histopathologisches Grading:**

<input type="checkbox"/> gut differenziert (G1)	<input type="checkbox"/> low grade (G1 oder G2)
<input type="checkbox"/> mäßig differenziert (G2)	<input type="checkbox"/> intermediate (G2 oder G3)
<input type="checkbox"/> schlecht differenziert (G3)	<input type="checkbox"/> high grade (G3 oder G4)
<input type="checkbox"/> undifferenziert (G4)	<input type="checkbox"/> G0 (mal. Mel. Konjunktiva)
<input type="checkbox"/> nicht bestimmbar (GX)	<input type="checkbox"/> Borderline
<input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu

**Ann Arbor:** \_\_\_\_\_

**Andere Klassifikation:**

Name: \_\_\_\_\_ Stadium: \_\_\_\_\_

**Histologie-Einsendenummer:** \_\_\_\_\_

**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 _____

**Höchste erreichte Diagnosesicherung** (nur 1 Feld wählen):

<input type="checkbox"/> Histologie (Primärtumor)	<input type="checkbox"/> spezifischer Tumormarker
<input type="checkbox"/> Histologie (Metastase)	<input type="checkbox"/> klinisch, spezifisch - ohne Histologie
<input type="checkbox"/> Zytologie	<input type="checkbox"/> klinisch, nur körperl. Untersuchung

**Tumorkonferenz (prätherapeutisch):**

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

**Frühere (letzte) Tumorerkrankung (en):**

---

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

<input type="checkbox"/> 0 (90-100%)	<input type="checkbox"/> 2 (50-60%)	<input type="checkbox"/> 4 (10-20%)
<input type="checkbox"/> 1 (70-80%)	<input type="checkbox"/> 3 (30-40%)	

**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.