

Krankenkasse / Versicherungsname _____ Vertrags-Nr. (nur bei Privatversicherung angeben) _____

Name, Vorname des Patienten _____ geb. am _____

Anschrift des Patienten _____

Kassen-Nr.: _____ Versicherten-Nr. /Vertrags-Nr.: _____ Status: _____
 Betriebsstätten-Nr.: _____ Lebenslange ArztNr. /ZahnarztNr.: _____ Datum: _____

Titel _____ Namenszusatz _____
 Geburtsname _____ Frühere Namen _____
 Geschlecht: männlich weiblich sonst./intersexuell unbek.

Bei privater Krankenversicherung
 beihilfeberechtigt: ja nein

Beihilfestelle: _____ Beihilfenummer: _____

Information an das Klinische Krebsregister:

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 _____
 Lebenslange Arzt-Nr. _____ Zahnarzt-Nr. _____
 Betriebsstätten Nr. _____ Bei KH IK-Nr. _____

Bankdaten: liegen dem Krebsregister mit Einverständniserklärung vor
 Falls noch nicht bekannt oder **geändert**, bitte separaten Erstmelderbogen nutzen.

Diagnosemeldebogen für Ärzte ohne Patientenkontakt (Pathologen und Laborärzte)

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 unbek.

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

Morphologie (M-Code): M /
 M /

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

Tumordiagnose (Freitext):

Tumorlokalisation (Freitext):

Histologischer / zytologischer Befund (Freitext):

Tumorklassifikation Datum:

TNM (7. Auflage), falls abweichend bitte angeben: _____

T		N		M			
a	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: _____

Histologie-Einsendenummer: _____

Einsender:
 Name, Vorname _____
 Einrichtung _____
 Fachabteilung _____
 PLZ Ort _____
 Straße, Hausnr. _____
 Telefon-Nr. _____

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

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

Fernmetastasen Bitte nur ausfüllen, bei histologischer Sicherung aus einer Metastase.

<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

Melddatum:

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

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.

Die Adresse der zuständigen Registerstelle finden Sie auf dem allgemeinen Informationsblatt.

Der Bogen darf keinesfalls per E-Mail verschickt werden.

Diagnosesicherung:

Dieser Bogen dient zur Übermittlung des Befundes zur ersten diagnostischen Sicherung einer malignen Erkrankung, bzw. deren Vorstufen, des ersten Rezidivs oder der ersten Metastasierung.

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. Der Staatsvertrag verpflichtet uns, Ihre Bankdaten nach jeder Abrechnung zu löschen. Wenn Sie uns die Erlaubnis erteilen, speichern wir Ihre Bankverbindung für zukünftige Meldungen, anderenfalls benötigen wir Ihre Bankdaten bei jeder Meldung erneut.

Widerspruch des Patienten:

Bitte beachten Sie den abweichenden Meldeumfang bei Widerspruch und verwenden Sie bitte in Abhängigkeit vom Patientenwohnsitz Berlin oder Brandenburg/anderes Bundesland den hierfür vorgesehenen Meldebogen. Widerspruch kann gegen die Meldung insgesamt oder gegen eine einzelne Meldung erfolgen.

Rein diagnostisch tätige Ärzte/Ärztinnen ohne unmittelbaren Patientenkontakt:

Als rein diagnostisch tätige/r Arzt/Ärztin ohne unmittelbaren Patientenkontakt haben Sie nicht die Pflicht den Patient über die Meldung zu informieren. Sie sind jedoch verpflichtet, den die Untersuchung veranlassenden Arzt zu melden. Aus diesen Gründen gibt es für Sie einen separaten, kürzeren Meldebogen.

Besonderheiten bei Berliner Meldungen:

Liegt das Diagnosedatum der Primärerkrankung vor dem 01.07.2016, verwenden Sie bitte den hierfür vorgesehenen Meldebogen.

Die Grundlagen für die Datenspeicherung sind das Krebsfrüherkennungs- und registergesetz sowie der Staatsvertrag.

Nähere Informationen entnehmen Sie bitte der Informationsschrift <Meldeinformation/FAQs>

Ausfüllhinweise, Legende und Schlüssel

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

ICD-GM (ICD-10): Schlüssel:5-stellig: [C,D]##.# (z. B. C50.9, D05.1) (Derzeit ICD-10-Version: ICD-10-GM Version 16)

ICD-GM (ICD-10): 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:

(nur bei Keimzelltumoren)

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

Anmerkung:

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